**Bulletin d’inscription**

Titre de la formation : ***Méthodologie de projet et démarche qualité : des outils à la pratique***

Structure formatrice : **Codes 11**

Dates de formation : **1/2 octobre 2015**

Lieu de formation : **Perpignan**

NOM Prénom : 

Structure : 

Adresse structure : 

Téléphone :  Email : 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Statut du participant-e : | Type de structure : | Champ d'intervention : |
| **[ ]**  | Elu-e | **[ ]**  | Institution / Etat | **[ ]**  | Santé |
| **[ ]**  | Salarié-e | **[ ]**  | Collectivité | **[ ]**  | Médico-social |
| **[ ]**  | Stagiaire / Etudiant-e | **[ ]**  | Association | **[ ]**  | Social |
| **[ ]**  | Volontaire | **[ ]**  | Education Nationale | **[ ]**  | Enseignement |
| **[ ]**  | Bénévole | **[ ]**  | Autre, précisez : | **[ ]**  | Prévention |
| **[ ]**  | Autre, précisez : |  |  | **[ ]**  | Autre, précisez : |

Avez-vous déjà bénéficié d’une formation du Pôle Régional de Compétences ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **[ ]**  | Oui | **[ ]**  | Non |

Si oui, laquelle ?

Date(s) : 

Thématique : 

Avez-vous le projet de mettre en place une action de promotion de la santé dans votre structure ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **[ ]**  | Oui | **[ ]**  | Non |

Si oui, précisez ? 

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | **Je m'engage à suivre la formation dans sa totalité.** |

Fait à :  Le : 

Merci de retourner ce bulletin d'inscription - Mail du référent de la formation : 