

« Collaboration et réseautage pour une prise en charge optimale »

Jeudi 22 mai 2025

BULLETIN D'INSCRIPTION

COORDONNEES DU PARTICIPANT (à remplir en caractères majuscules)

Mme M Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

Téléphone : Mobile :

Mail :@..... (À renseigner pour confirmer votre inscription par courriel)

PRISE EN CHARGE :

Par le stagiaire à titre individuel

Par l'OPCO / l'OPCA Par l'employeur

Coordonnées financeur OPCO/OPCA / employeur

Etablissement :

Adresse :

Numéro de SIRET : Téléphone.....

Mail :@.....

COUT DE LA FORMATION :

Tarif 99 € Etudiant (sur justificatif*, places limitées) 50 €

Volontaire CUMP BFC Gratuit *Carte d'étudiant année en cours

STAGIAIRE(S) EN SITUATION DE HANDICAP

Le ou les stagiaires bénéficient d'une reconnaissance RQTH ? oui non

Le ou les stagiaires ont besoin d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique ? oui (le service formation continue prendra contact directement avec le stagiaire)

non

RECUEIL DES ATTENTES

Qui est à l'initiative de cette formation ? (Stagiaire, employeur).....

Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

Quels points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer durant cette formation ?

Quels sont vos attentes/ besoins vis-à-vis de cette formation ?

Autre (s) remarque (s)

Je soussigné (e)..... agissant **en qualité de représentant* légal ou en qualité de représentant* de l'établissement** ou de l'entreprise cité(e) ci-dessus, **à titre individuel*** m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies. (*entourer le signataire concerné)

Une facture vous sera envoyé après le colloque pour le règlement.
Inscription au secrétariat **à retourner avant le 12 avril 2025 :**

Samu-Cump 25 renforcée
3 Boulevard Alexandre Fleming
25000 Besançon
✉: cump-secretariat@chu-besancon.fr
☎ 03 81 66 88 38

Date et signature