



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

## FICHE D'INSCRIPTION

### FORMER ET PROFESSIONNALISER LES TUTEURS IDE ET MEM

#### STAGIAIRE :

Nom USUEL (en caractère d'imprimerie)	
Nom de naissance	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse personnelle	
Téléphone personnel	
Adresse mail	
Grade	

#### EMPLOYEUR : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie)	
Adresse	
Téléphone professionnel (à remplir impérativement)	
Correspondant de la formation continue de l'établissement	
Téléphone	
Adresse mail	

**DATE DE LA FORMATION CHOISIE :**

<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> session	Mardi 10 février 2026 Mercredi 11 février 2026 Mardi 10 mars 2026 Mardi 15 septembre 2026 <b>Cette session n'est pas ouverte aux MEM</b>
<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> session	Mercredi 11 mars 2026 Jeudi 12 mars 2026 Mercredi 20 mai 2026 Mercredi 07 octobre 2026
<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> session	Mardi 13 octobre 2026 Mercredi 14 octobre 2026 Mardi 24 novembre 2026 Mardi 16 mars <b>2027</b> <b>Cette session n'est pas ouverte aux MEM</b>
<input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> session	Mardi 03 novembre 2026 Mercredi 04 novembre 2026 Mercredi 16 décembre 2026 Mercredi 26 mai <b>2027</b>

**COÛT DE LA FORMATION : 600 euros par stagiaire**

<input type="checkbox"/> Financement par l'employeur
<input type="checkbox"/> A titre individuel

Date :

Signature du responsable de la structure :

Dans le cas d'une annulation au moins 10 jours calendaires avant la date planifiée de la session, le Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes facturera au commanditaire **25 % du montant** total de la formation pour frais de gestion. **Toute formation commencée est due.**

**Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.**