



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FICHE D'INSCRIPTION

ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS IDE – MEM PAR LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ

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 ^{ère} session	Vendredi 13 février 2026
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} session	Vendredi 20 mars 2026 Cette session n'est pas ouverte aux manipulateurs
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} session	Vendredi 20 novembre 2026
<input type="checkbox"/> 4 ^{ème} session	Vendredi 11 décembre 2026 Cette session n'est pas ouverte aux manipulateurs

COÛT DE LA FORMATION : 250 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.