



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
FICHE D'INSCRIPTION

**FORMER ET PROFESSIONNALISER
LES TUTEURS AS ET AP**

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	Lundi 12 janvier 2026 Mardi 13 janvier 2026 Vendredi 20 mars 2026 Vendredi 24 avril 2026
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} session	Lundi 15 juin 2026 Mardi 16 juin 2026 Vendredi 18 septembre 2026 Vendredi 16 octobre 2026
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} session	Lundi 23 novembre 2026 Mardi 24 novembre 2026 Vendredi 29 janvier 2027 Vendredi 12 mars 2027

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.