POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

CPT 253H – S-01529

# ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS PAR LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ

## IADE / IBODE / IPDE

**STAGIAIRE**

| | |
|---|---|
| **NOM USUEL /NAISSANCE** *(en caractère d'imprimerie)* | |
| **Prénom** | |
| Date / lieu de naissance | |
| Adresse personnelle | |
| Téléphone personnel | |
| Adresse mail stagiaire | |
| METIER | □IBODE □IADE □ IPDE |
| DIPLOMES : | |

**EMPLOYEUR :**

| | |
|---|---|
| NOM | |
| ADRESSE | |
| SIRET | |
| Correspondant formation continue | |
| Téléphone | |
| Adresse mail | |

**SESSION:** **LUNDI 27 AVRIL 2026**

**FINANCEMENT :**

□ Financement par l'employeur □ A titre individuel

*Dans le cas d'une annulation moins de 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.*

Date :