

AAA06

**REALISER SON EVOLUTION PROFESSIONNELLE**  
**Préparation à l'entrée à l'école IBODE**

**STAGIAIRE**

**NOM USUEL /NAISSANCE**  
*(en caractère d'imprimerie)*

**Prénom**

Date / lieu de naissance

Adresse personnelle

Téléphone personnel

Adresse mail stagiaire

**METIER**

**DIPLOMES :**

**EMPLOYEUR :**

**NOM**

**ADRESSE**

**SIRET**

Correspondant  
 formation continue

Téléphone

Adresse mail

**DUREE DE LA FORMATION : 04 JOURS EN PRESENTIEL**

**ECRIT**

- 12/11/2025
- 09/12/2025

**ORAL**

- 22/01/2026
- 17/03/2026

**COUT DE LA FORMATION: 600 € par stagiaire**

**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 :

**Signature du responsable de la structure :**

**Signature du stagiaire :**