

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

J1 : lundi 7 décembre 2026

J3 : jeudi 4 février 2027

J2 : vendredi 15 janvier 2027

J4 : vendredi 2 avril 2027

COUT DE LA FORMATION: **800 € 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 :