

AAA06

REALISER SON EVOLUTION PROFESSIONNELLE **PRÉPARATION AUX EPREUVES DE SELECTION D'ADMISSION EN ECOLE D'IPDE**

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 : 02 JOURS SUR SITE
J1. Vendredi 13 novembre 2026
J4. Vendredi 02 avril 2027
COUT DE LA FORMATION: 400 € 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 :