



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FICHE D'INSCRIPTION

FORMER ET PROFESSIONNALISER LES TUTEURS ARM ET AMBULANCIERS

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	Mardi 25 février 2025 Mercredi 26 février 2025 Lundi 28 avril 2025 Lundi 26 mai 2025
---	---

COÛT DE LA FORMATION : 490 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.