

BULLETIN D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS 2026

Bulletin à découper et à renvoyer au Pôle formation Continue – IMS-FC du Centre
Hospitalier d'Arcachon, avenue Jean Hameau – CS 11001 – 33164 LA TESTE DE BUCH
Cedex

FORMATION

Intitulé de la formation :

Date : Lieu :

PARTICIPANT : Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Situation professionnelle (exercice salarié ou libéral) :

Fonction : Service :

Nom et adresse de l'établissement employeur :
.....
.....

Code postal : Ville :

Tél. professionnel : Tél. Portable :

Courriel :

RESPONSABLE DE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR :

Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

ADRESSE DE CONVOCATION :

Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

ADRESSE DE FACTURATION (si différente) :

Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

..... Code
postal : Ville :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nom du directeur de l'établissement employeur :

Ou participant (pour exercice libéral) : Nom - Prénom :

M'engage à régler la totalité des frais de formation pour un montant de :

A

Le

Signature et cachet :