CENTRE DE FORMATION CONTINUE - Centre hospitalier d'Arcachon
PÔLE SANTE ARCACHON - Avenue Jean Hameau - CS 11001 - 33164 LA TESTE DE BUCH Cedex

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

Formation continue 2027

À compléter et à retourner au Centre de formation continue du Centre Hospitalier d'Arcachon. **Un bulletin = une inscription individuelle.**

1. Formation demandée

Intitulé de la formation	Date(s) / session souhaitée	Tarif indiqué
.....	....	....

2. Participant

Civilité	Nom	Prénom	Date de naissance
....	....	....	....
Fonction	**Service**	**Situation professionnelle**	**Établissement / structure**
....	....	....	....
Téléphone professionnel	**Téléphone portable**	**Courriel participant**	**Adresse de convocation si différente**
....	....	....	....

3. Employeur / responsable formation

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

Code postal	Ville	SIRET	Téléphone standard
....	....	....	....
Responsable formation : nom/prénom	**Fonction**	**Téléphone**	**Courriel**
....	....	....	....

4. Facturation / prise en charge

Adresse de facturation identique	Financeur / prise en charge
....	....

Adresse de facturation si différente
.....
.....

Montant pris en charge	Acompte éventuel	Contact facturation	Courriel facturation
....	....	....	....

5. Accessibilité et adaptation

Besoin spécifique d'adaptation à signaler au référent handicap ? Oui / Non
Si oui, préciser la personne à contacter ou les informations utiles à l'organisation de l'accueil, sans détail médical inutile :
.....
.....
.....
.....

Besoin à l'origine de l'inscription

Quel objectif professionnel souhaitez-vous atteindre grâce à cette formation pour le ou les salariés inscrits ?
.....

Existe-t-il une situation de travail ou une difficulté que vous souhaitez voir abordée pendant la formation ?
.....

Y a-t-il une attente particulière à transmettre aux formateurs ?
☐ Non ☐ Oui, préciser : .....

Engagement de prise en charge

Je soussigné(e), représentant(e) de l'employeur ou participant exerçant en libéral, confirme l'inscription mentionnée ci-dessus et m'engage à régler les frais de formation selon les modalités convenues.	Fait à : ..... Le : ..... Nom / fonction : .....
Signature du participant ou du représentant de l'employeur	**Cachet de l'établissement**