BULLETIN D'INSCRIPTION EMPLOYEUR

Inscriptions multi-formations - tableau unique

Un même document peut regrouper plusieurs apprenants et plusieurs formations. Renseigner une ligne par inscription : 1 apprenant + 1 formation.

Centre de Formation Continue du Centre Hospitalier d'Arcachon - Pôle Santé Arcachon - av. Jean Hameau - CS 11001 - 33164 La Teste-de-Buch Cedex - Tél. 05 57 52 95 97 - formation.continue@ch-arcachon.fr

ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	CONTACT FORMATION / RH	FACTURATION / PRISE EN CHARGE
Nom : ..... Adresse : ..... CP / Ville : ..... SIRET :	Nom / prénom : ..... Fonction : ..... Téléphone : ..... Courriel :	Adresse identique : □ Oui □ Non Adresse si différente : ..... Financeur : □ Employeur □ ANFH □ Autre

Tableau unique des inscriptions : renseigner une ligne par inscription. Si un même apprenant suit deux formations, indiquer deux lignes distinctes.

N°	Civilité	Nom	Prénom	Fonction / service	Tél. / courriel	Formation choisie	Date(s) ou session souhaitée	Tarif / financement	Besoin spécifique / adaptation / observations
1	□ Mme □ M.								
2	□ Mme □ M.								
3	□ Mme □ M.								

N°	Civilité	Nom	Prénom	Fonction / service	Tél. / courriel	Formation choisie	Date(s) ou session souhaitée	Tarif / financement	Besoin spécifique / adaptation / observations
4	□ Mme □ M.								
5	□ Mme □ M.								
6	□ Mme □ M.								
7	□ Mme □ M.								
8	□ Mme □ M.								
9	□ Mme □ M.								
10	□ Mme □ M.								

Accessibilité : la colonne "Besoin spécifique / adaptation" permet de signaler une demande d'aménagement. Ne pas détailler d'informations médicales : le centre de formation prendra contact si besoin avec le référent employeur ou la personne concernée.

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), représentant(e) de l'établissement employeur, confirme l'inscription des personnes désignées dans le tableau ci-dessus aux formations indiquées.

Je m'engage à régler les frais de formation correspondants ou à transmettre les éléments nécessaires à la prise en charge selon les modalités convenues avec le Centre de Formation Continue du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Montant total estimatif : ..... € Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Nom, fonction, signature et cachet de l'établissement : .....