

« Collaboration et réseautage pour une prise en charge optimale »

Jeudi 22 mai 2025

BULLETIN D'INSCRIPTION

COORDONNEES DU PARTICIPANT (à remplir en caractères majuscules)

☐ Mme ☐ M Nom : Prénom :
 Profession :
 Adresse :
 Téléphone : Mobile :
 Mail :@..... (À renseigner pour confirmer votre inscription par courriel)

PRISE EN CHARGE :

☐ Par le stagiaire à titre individuel
☐ Par l'OPCO / l'OPCA ☐ Par l'employeur
 Coordonnées financeur OPCO/OPCA / employeur
 Etablissement :
 Adresse :
 Numéro de SIRET : Téléphone :
 Mail :@.....

COUT DE LA FORMATION :

☐ Tarif 99 € ☐ Etudiant (sur justificatif*, places limitées) 50 €
☐ Volontaire CUMP BFC Gratuit *Carte d'étudiant année en cours

STAGIAIRE(S) EN SITUATION DE HANDICAP

Le ou les stagiaires bénéficient d'une reconnaissance RQTH ? ☐ oui ☐ non
 Le ou les stagiaires ont besoin d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique ? ☐ oui (le service formation continue prendra contact directement avec le stagiaire)
☐ non

RECUEIL DES ATTENTES

Qui est à l'initiative de cette formation ? (Stagiaire, employeur).....
 Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?
 Quels points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer durant cette formation ?
 Quels sont vos attentes/ besoins vis-à-vis de cette formation ?
 Autre (s) remarque (s)

Je soussigné (e) agissant en qualité de **représentant* légal** ou en qualité de **représentant* de l'établissement** ou de l'entreprise cité(e) ci-dessus, **à titre individuel*** m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies. (*entourer le signataire concerné)

Une facture vous sera envoyé après le colloque pour le règlement.
 Inscription au secrétariat **à retourner avant le 12 avril 2025** :

Samu-Cump 25 renforcée
 3 Boulevard Alexandre Fleming
 25000 Besançon
 ✉: cump-secreariat@chu-besancon.fr
 ☎ 03 81 66 88 38

Date et signature