



**Centre Hospitalier Universitaire de Besançon**  
3, boulevard Alexandre Fleming – 25030 BESANCON CEDEX  
Direction Des Ressources Humaines – Service Formation continue –  
☎: 03 81 21 87 41  
Numéro de déclaration d'activité : 4325P004025

## **BULLETIN D'INSCRIPTION EMPLOYEUR 2024**

### *Insulinothérapie fonctionnelle*

#### COORDONNEES DE L'EMPLOYEUR

Etablissement : .....  
Adresse : .....  
Numéro de SIRET : .....  
Nom du Responsable formation : .....  
Téléphone : .....  
Mail:.....

#### COORDONNEES DU OU DES STAGIAIRES A INSCRIRE

Nom de naissance	Nom marital	Prénom	Fonction	Téléphone	Mail

#### DATES DES SESSIONS (Clôture des inscriptions un mois avant le début de la formation)

- Date 1 : vendredi 24 mai 2024  
 Date 2 : vendredi 15 novembre 2024

COUT DE LA FORMATION : 219 € *non assujetti TVA* ( 207 € frais d'enseignement + 12 € pour le livret sur les glucides)

#### PRISE EN CHARGE

Par l'employeur ( coordonnées ci-dessus )

Par l'OPCO ( en cas de subrogation )

Nom de l'OPCO : .....  
Adresse : .....  
Numéro de SIRET : .....  
Téléphone : .....  
Mail:.....

## 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 précisez le nom (le service formation continue prendra contact directement avec le stagiaire)  non

## RECUEIL DES ATTENTES

Qui est à l'initiative de cette formation ? (Stagiaire, employeur...)

En tant qu'**employeur**, quels sont vos attentes/besoins vis-à-vis de cette formation ?

Autre(s) remarque(s)

En tant que **stagiaire**,

Quel est votre niveau de connaissance sur l'IF ?

débutant  confirmé  expert

Quelle est votre expérience en matière de prise en charge des personnes diabétiques de niveau 1 ?

A quelle fréquence utilisez-vous les pompes à insuline ?

Quels points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer dans cette formation ?

Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

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, m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies. (*\*entourer le signataire concerné*)

Date :

Signature de l'employeur  
(+cachet de l'établissement)

**Centre Hospitalier Universitaire de Besançon**

3, boulevard Alexandre Fleming – 25030 BESANCON CEDEX

Direction Des Ressources Humaines – Service Formation continue – ☎ : 03 81 21 87 41

SFC – création 02/05/2022

SFC – maj 05/03/2024