



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 INDIVIDUEL 2024

Insulinothérapie fonctionnelle

COORDONNEES DU STAGIAIRE

Nom de naissance :

Marital :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

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 le stagiaire à titre individuel
- Par l'OPCO
- Nom de l'OCPO :
- Adresse :
- Numéro de SIRET :
- Téléphone :
- Mail:

STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance RQTH ? oui non

Avez-vous besoin d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique?

OUI (le service formation continue prendra contact avec vous) non

RECUEIL DES ATTENTES

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 ?

.....

Quel(le)s sont vos attentes/besoins vis-à-vis de cette formation ?

.....
.....

Quel(le)s 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 à **titre individuel** atteste sur l'honneur de la véracité des informations remplies sur ce bulletin, et m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies.

Date :

Signature