

	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 2025

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)

☐ vendredi 14 novembre 2025

COUT DE LA FORMATION : 223 € non assujetti TVA (211 € 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)