

BULLETIN D INSCRIPTION
SOINS AUX PATIENTS PORTEURS DE TRACHEOTOMIE - 2026

IDENTITE DU STAGIAIRE

Nom de naissance suivi du nom d'épouse (s'il y a lieu):

Prénom :

Adresse : CP et Ville.....

Téléphone : Mail :

Votre situation professionnelle et lieu d'exercice:.....

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)? ☐ oui ☐ non

Si oui, souhaitez-vous bénéficier d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique ? ☐ oui ☐ non

DATES DE FORMATION (Clôture des inscriptions 30 jours avant le début de la formation)

12 mai 2026

24 novembre 2026

TARIF: 215€

PRISE EN CHARGE des frais de formation

Par le stagiaire: joindre une attestation confirmant l'autofinancement (document en annexe 2)

Par l'employeur: joindre un engagement de prise en charge par l'employeur (document en annexe2)

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT *

- Ce bulletin d'inscription dûment complété
- Recueil des attentes (annexe 1)
- Une attestation d'autofinancement ou engagement de prise en charge du coût de la formation
- Un justificatif d'identité en cours de validité : (pièce d'identité, passeport)
- Copie du diplôme d'infirmier

Je déclare avoir pris connaissance et accepte les Conditions Générales de Vente : ☒

Dossier complet à retourner **obligatoirement** par mail à l'IFPS de Besançon : ifps-formation@chu-besancon.fr

Date :

Signature du participant ou financeur + cachet de l'établissement
Précédée de la mentionnée « lu et approuvée »

Annexe 1

RECUEIL DES ATTENTES DU STAGIAIRE

I. En tant que stagiaire, quels sont vos attentes/besoins vis à vis de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Quel points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer dans cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Autres remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

Annexe 2

1- Engagement de prise en charge financière par l'employeur :

Je, soussigné(e) :

Agissant en qualité de

Représentant l'organisme employeur (Nom de l'entreprise) :

N° SIRET :

Adresse :

CP et Ville :

Téléphone :

Email de contact (obligatoire pour le suivi de la ou des conventions):

Certifie que l'établissement que je représente, s'engage à prendre en charge le coût de la formation concernant M/Mme (**NOM, Prénom, fonction du ou des stagiaires**) :

Nom	Prénom	Fonction

Formation concernée :

- Coût de la formation prise en charge :

- Intitulé de la formation :

- Dates prévues de la formation :

Fait à, le

Signature et cachet de l'établissement :

2- Attestation d'auto financement par le stagiaire :

Je, soussigné(e) :

Adresse :

CP et Ville :

Téléphone :

Email de contact (obligatoire pour le suivi du contrat) :

Intitulé de la formation dispensée :

M'engage à prendre en charge le coût de cette formation dont le montant est de euros.

Dates de formation :

Fait à, le

Signature :