

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### FORMATIONS IFSI-IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

#### VOTRE ETABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT : ☐ PUBLIC ☐ PRIVE

ADRESSE : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

DIRECTEUR/DIRECTRICE (signataire de la convention): \_\_\_\_\_

CONTACTS	NOM, Prénom	Mail	Téléphone
ADMINISTRATIF			
LOGISTIQUE			
FACTURATION			
AUTRE (Préciser)			

#### INSCRIPTIONS

INTITULE DE LA FORMATION	GROUPE / DATE	NOM	PRENOM	GRADE / FONCTION

**L'inscription de vos agents vous sera confirmée par mail au plus tard 2 semaines avant le début de la formation demandée.**

#### ANALYSE DU BESOIN

CONTEXTE DE LA DEMANDE (éléments générateurs, contexte et enjeux du projet de formation)	
ATTENTES ET BESOINS SPECIFIQUES DES INSCRITS (profil, spécificités, contraintes particulières, attentes)	

**Bulletin à retourner à [ifsisaumur@ch-saumur.fr](mailto:ifsisaumur@ch-saumur.fr) au plus tard 1 mois à 3 semaines avant la date de la session**