

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 ifisiaumur@ch-saumur.fr au plus tard 1 mois à 3 semaines avant la date de la session