



**Fiche d'inscription**  
**Formation complémentaire de l'exercice des actes professionnels**  
**du 1b de l'article R.4311-11-1 du code de la santé publique**

**STAGIAIRE**

**NOM USUEL /NAISSANCE**

*(en caractère d'imprimerie)*

**Prénom**

Date / lieu de naissance

Adresse personnelle

Téléphone personnel

Adresse mail stagiaire

Profession

DIPLOMES :

**EMPLOYEUR :**

NOM

ADRESSE

SIRET

Correspondant  
formation continue

Téléphone

Adresse mail

**SESSION AU CHOIX :**

**Session 1 : 12-13-14 février 2024**

**Session 2 : 14-15-16 octobre 2024**

**COUT DE LA FORMATION: 850 € par stagiaire**

**FINANCEMENT :**

Financement par l'employeur

A titre individuel

*Dans le cas d'une annulation moins de 10 jours calendaires avant la date planifiée de la session, le Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes facturera au commanditaire : 25 % du montant total de la formation pour frais de gestion. Toute formation commencée est due.*

*Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.*

Date :

**Signature du responsable de la structure :**

**Signature du stagiaire :**