

Centre de Formation Continue
des Professionnels de Santé

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE A UNE ACTION DE FORMATION

BENEFICIAIRE DE L'ACTION DE FORMATION

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Si vous souhaitez bénéficier d'aménagements spécifiques en lien avec une situation de handicap, merci de nous le signifier en contactant le secrétariat du CFCPS.

RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Dates : _____

Coûts : _____

Description du besoin de formation : _____

- Un contrat de formation professionnelle est envoyé au bénéficiaire pour signature.
- La convocation est envoyée au bénéficiaire.
- Un certificat de réalisation est délivré au bénéficiaire à la fin de l'action de formation.
- Dès son arrivée, le premier jour de la formation, le bénéficiaire doit impérativement se présenter au secrétariat de l'IFCS/CFCPS

Je m'engage à régler personnellement les frais de formation dont le montant est indiqué ci-dessus.

Date :

Signature du bénéficiaire :