

**FICHE D'INSCRIPTION A UNE ACTION DE FORMATION
POUR UN AGENT D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE
(Public ou Privé)**

EMPLOYEUR

Nom de l'établissement de santé public ou privé: _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Numéro SIRET : _____ Nom du Directeur : _____

Référent de formation à contacter si nécessaire : _____

Téléphone du référent : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Dates : _____

Coût : _____

BENEFICIAIRE DE L'ACTION DE FORMATION

NOM	PRENOM	FONCTION

Description du besoin de formation :

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.

- Une convention de formation professionnelle est envoyée à l'employeur pour signature.
- La convocation est envoyée directement à l'employeur qui la transmettra 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/CFPCS.

L'établissement ci-dessus mentionné s'engage à régler la totalité des frais de formation.

Date :

Signature :

Prestataire de formation enregistré sous le n°7264P006264 auprès du Préfet de Région Nouvelle-Aquitaine (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat). Siret : 266 405 521 00 110-APE : 8542Z - N° TVA Intracommunautaire : FR OK26640552