

## 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 directement 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 :

*Les informations recueillies par l'organisme de formation du Centre Hospitalier de Pau, font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. Conformément à la loi « informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez prendre contact avec la structure de formation ou auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse [dpo@ch-pau.fr](mailto:dpo@ch-pau.fr)*

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 . Mise à jour le 08 Mars 2024