

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

sexe :

Date de naissance :

Ville de naissance :

département (en lettres) ou pays si étranger :

Adresse personnelle :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Mail :

Etes-vous porteur d'un handicap ? OUI / NON

Si oui, avez-vous besoin d'aide : OUI / NON

**Profession – Personnel, non professionnel de santé, exerçant au sein (cocher la réponse) :**

- ☐ d'un établissement de santé  
☐ d'une structure médico-sociale  
☐ d'un cabinet libéral auprès d'un professionnel de santé libéral

**Si établissement de santé :** ☐ CHC ☐ CHOG ☐ CHK ☐ Clinique ☐ Libéral

Service :

Mail du cadre de santé :

Si autre, nom et adresse de l'employeur :

| PRISE EN CHARGE (hors agent du CHC)                                                                                                           |                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INDIVIDUELLE                                                                                                                                  | PAR L'ETABLISSEMENT                                                                                                                                          |
| Le stagiaire s'engage à prendre en charge cette action de formation dès réception de la facture.<br><br>À<br>Le<br><br>Signature du stagiaire | L'Etablissement s'engage à prendre en charge cette action de formation.<br>Adresse de facturation :<br>À<br>Le<br><br>Signature et cachet de l'Etablissement |
| Date de la formation choisie :                                                                                                                |                                                                                                                                                              |

Je soussigné(e) autorise la saisie informatique de ces données. (droit d'accès sur simple courrier)

Renseignements certifiés conformes, sur l'honneur,

Fait à , le

**Signature :**