



## // VOS COORDONNÉES

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Mail : .....  
Fonction : .....  
N° ADELI\* : .....  
N° RPPS\* : .....

À renvoyer dûment complété à l'adresse indiquée sur la fiche de la formation choisie.

**Pour les agents du CHU de Reims**, tout bulletin d'inscription (quelle que soit la formation choisie), doit être adressé à la Direction des Ressources Humaines, secteur Formation et Développement des Compétences.

## // ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Mail : .....  
SIRET : .....

## // FORMATION CHOISIE

Intitulé de la formation : .....  
.....  
Référence : .....  
Session choisie (dans le cas de plusieurs sessions) : .....

## // RESPONSABLE DU SERVICE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....  
Adresse de convocation (si différente) : .....  
Adresse de facturation (si différente) : .....

## // PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION

**Accord du directeur de l'établissement pour la prise en charge  
au titre de la Formation Continue ou du DPC**

**Prise en charge  
individuelle**

Cachet de l'établissement

Date : .....  
Signature

Date : .....  
Signature de l'intéressé(e)

\* seulement pour les professions concernées