



## // 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