



# BULLETIN D'INSCRIPTION



La certification qualité a été délivrée au titre  
de la ou des catégories d'actions suivantes : actions de formation.

**ODPC n° 1699**  
**Organisme de formation**  
**n° 2151P002551**

## // 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