

# BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au CHU de Poitiers par courrier ou par mail  
Formation continue – CS 90577 – 86021 Poitiers cedex  
formation.continue@chu-poitiers.fr

## STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

N°S.S. : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

N° RPPS : ..... ou N° ADELI : .....

Mode d'exercice dominant (>50 %) :

salarié\*

libéral

mixte

service de santé des armées

en recherche d'emploi

\*Si vous êtes salarié :

Nom de l'établissement employeur : .....

Adresse : .....

Personne en charge du dossier : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## ACTION CHOISIE

Intitulé : .....

Dates : .....

## PRISE EN CHARGE

### À TITRE PERSONNEL

Le stagiaire s'engage à prendre en charge cette action de formation dès réception de la facture.

à .....  
le .....

Signature du stagiaire

### PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Joindre une attestation de prise en charge (en l'absence de ce document, la demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte)

### AUTRE

Joindre une attestation de prise en charge (en l'absence de ce document, la demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte)