

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Lieu de naissance et n° de département : /_/_/

Emploi/Grade : n° RPPS ou ADELI :

Fonctionnaire Contractuel Libéral Autres (préciser) :

Nom de l'employeur :

Adresse professionnelle :

Ville : Code Postal : ☎ (Travail) :

Adresse personnelle :

Ville : Code Postal : ☎ (Personnel) :

Adresse mail :@

Projet souhaité :

Je m'inscris pour la formation : **Sport Santé et Activité physique sur prescription médicale – 17, 18 ; 24 et 25 février 2022**

Personne en situation de handicap, merci de nous contacter si besoin (accessibilité, etc.)

Prise en charge financière :

Après inscription, une convention sera adressée au signataire ci-dessous

INDIVIDUELLE	OU	PAR UN TIERS (Employeur, OPCO, Pôle Emploi, Région, ...)
<p>Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation</p> <p>Date :</p> <p>Signature du Participant :</p>		<p>Le TIERS s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation.</p> <p><i>Nom et adresse de l'organisme de financement :</i></p> <p>.....</p> <p><i>Adresse de la facturation :</i></p> <p>.....</p> <p>Date, Signature et</p> <p>Date :</p> <p>Signature & Cachet</p> <p><i>Joindre l'attestation de prise en charge en cas d'accord par un tiers.</i></p>
<p>Un Avis des Sommes à Payer émis par le Trésor Public vous sera adressé à l'issue de la formation (sous trentaine)</p>		

Bulletin à retourner à Madame Delphine Hay (une confirmation vous sera adressée sous quinzaine)

E-Mail : organisme.formation@ch-niort.fr

CENTRE HOSPITALIER - Bureau de la Formation Continue – 40, Avenue Charles De Gaulle
BP 70600 - 79021 NIORT CEDEX - 05 49 78 20 99 - **Site internet :** www.ch-niort.fr

N° de déclaration d'activité : 54 79 P 000 879 - Code NAF : 8610 Z - N° SIRET : 267 900 017 000 18