FICHE D’INSCRIPTION aux FORMATIONS

***Cette fiche doit être totalement renseignée (champs \*) pour que votre inscription soit valide et doit être renvoyée par courriel à : formation@corimpc.fr***

***La demande d’inscription doit nous parvenir au moins 1 mois avant le début de la formation***

**Nom et prénom du stagiaire\*** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**

**Téléphone\*** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse de courriel stagiaire\*** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etablissement\*** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Profession\*** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. RPPS si médecin : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etes-vous en situation de handicap\*** ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, quels sont les adaptations et compensations nécessaires à la réussite de votre formation ?

coordonnées du référent handicap :

Mme Christelle Lair, 🕿 05 49 68 30 84, 🖂 lair.christelle@chnds.fr

**Formation demandée\*** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date souhaitée\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Courriel du service formation de votre établissement\* :**

Avez-vous d’autres éléments à nous communiquer ?