



# BULLETIN D'INSCRIPTION

le bulletin d'inscription est à renseigner pour chaque action de formation

## ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation : .....

Dates de session : .....

Lieu de la formation : .....

## ÉTABLISSEMENT / PROFESSIONNEL LIBÉRAL

Nom de l'établissement / du cabinet : .....

Type de structure ou cadre d'activité (Établissement de santé / EHPAD / Établissement médico-social, Exercice libéral)

Adresse postale complète : .....

Mail de l'établissement : .....

Nom et prénom de la personne chargée de l'inscription : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

Mail de la personne chargée de l'inscription : .....

## PARTICIPANT(S)

Nom	Prénom	Fonction	Date de naissance	Numéro Adeli	Adresse mail