



Dossier suivi par :
 Marie-Laure MOULIN
 Tél : 02.37.30.30.86
 Fax : 02.37.30.32.49
 mlmoulin@ch-chartres.fr

FICHE D'INSCRIPTION

Descriptif de la Formation

Intitulé :

Dates retenues :

Nombre d'heures :

Coût de la formation :

Employeur

Raison sociale :

Nom du directeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Nombre de participants :

Nom - Prénom	Fonction	Adresse mail

Fait à
 Le

Responsable de l'établissement :



Attestation de prise en charge financière

Je, soussigné(e).....

Certifie la prise en charge du cycle de formation (intitulé de la formation)

.....

Je ne bénéficie d'aucune prise en charge et je m'engage à régler la somme due :
Correspondant au coût de la formation.

Je bénéficie d'une prise en charge financière par mon employeur

Date :

Signature du participant :

Prise en Charge Financière

Organisme Financier :

Personne à contacter :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Fait à

Le

Responsable de l'établissement :