

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION – ANNEE 2025

« Accompagnement à la réflexion sur les pratiques professionnelles en Gériatrie »

NOM de NAISSANCE EPOUSE.....

PRÉNOMS

NE (E) LE NATIONALITÉ

ADRESSE.....

TÉLÉPHONE(S) *obligatoire* :

Fixe : Portable :

Ce numéro restera confidentiel si vous êtes sur la liste rouge

Mail *obligatoire* :

Etablissement employeur :

Fonction :

Ancienneté dans la fonction :

Dates de la session : 5 séances de 1 h 30 de 11 h 00 à 12 h 30

les mardi 20/05 – 17/06 – 16/09 – 14/10 – 25/11/2025

FINANCEMENT

Personnel

Organisme de financement : (précisez et joindre attestation de prise en charge)

Employeur : (précisez et joindre attestation de prise en charge)