



**CENTRE DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTÉ**  
782 avenue de Nonères - 40000 Mont de Marsan  
☎ / 05.58.05.20.45 - @ : [cfps@ch-mdm.fr](mailto:cfps@ch-mdm.fr)

Directrice : Mme MALICHECQ Dominique  
N° de déclaration d'activité : 7240P003640  
N° Siret : 26400428400115



## BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

à retourner dûment complété à [elodie.druart@ch-mdm.fr](mailto:elodie.druart@ch-mdm.fr)

**INTITULE** DE LA FORMATION : \_\_\_\_\_

**DATES** de la session de formation \_\_\_\_\_

### 1. Informations liées au STAGIAIRE

NOM et prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### 2. Informations relatives à la prise en charge

Merci de cocher le mode de financement retenu et de compléter les éléments en lien avec ce choix.

Financement personnel<sup>1</sup>

Date \_\_\_\_\_ et signature :

Financement par l'employeur

Adresse postale de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_, signature et cachet

<sup>1</sup> N'hésitez pas à contacter Mme DRUART pour un complément d'informations.

