BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au **CESU 30** à l'adresse : cesu30@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation _____

Date(s) _____

Coût _____€

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT Employeur ☐ Personnelle ☐ Autres ☐

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame ☐ Monsieur ☐

Nom d'usage _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Profession _____

Adresse mail _____ Téléphone _____

Adresse postale _____

CP _____ Ville _____

N° ADELI ou N° RPPS _____

Je réserve le repas du midi au restaurant du personnel au CHU : OUI ☐ / NON ☐

Dernière attestation AFGSU reçue : AFGSU 1 ☐ AFGSU 2 ☐		
Nom du CESU	**Dates**	**Numéros**

ÉTABLISSEMENT (à compléter uniquement si prise en charge « employeur ou autre »

Public ☐ / Privé ☐

Nom de l'établissement _____

Nom du responsable de l'inscription _____ Adresse mail _____

Téléphone __ / __ / __ / __ / __

Adresse de facturation _____

CP _____ Ville _____

N° SIRET de facturation _____ N° CHORUS *(obligatoire pour le secteur public)* _____

Fait à			
Signature du stagiaire		Signature de l'établissement	

Nos locaux sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Si votre inscription nécessite une adaptation particulière, manifestez-vous afin que l'on puisse vous proposer une solution adaptée.

CHU de Nîmes – CESU 30 – Pôle ARDU Service des Urgences Place du Professeur Robert Debré – 30029 NIMES CEDEX 9
☎ 04 66 68 37 32 / cesu30@chu-nimes.fr