

BULLETIN D'INSCRIPTION

Participant

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRENOM :

PROFESSION :

MEDECIN PSYCHOLOGUE CADRE DE SANTE INFIRMIER(E) AIDE SOIGNANT(E)
 ERGOTHERAPEUTHE PSYCHOMOTRICIEN (NE) AUTRE (précisez) :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELDOMICILE : TELPORTABLE :

Etablissement employeur

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

N° DE SIRET :

SERVICE : TELSERVICE..... @ :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

CODE POSTAL : VILLE :

NOM DU RESPONSABLE FORMATION :

TEL DU SERVICE DE LA FORMATION : @ :

Prise en charge financière

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR AVEC ACCORD DU DIRECTEUR PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

| | |
|----------------------------|--|
| INTITULE DE LA FORMATION : | |
| DATE DE LA FORMATION : | |
| COÛT DE LA FORMATION : | |
| LIEU DE LA FORMATION : | |

CONDITIONS D'ANNULATION :

L'annulation tardive occasionne de nombreuses difficultés. Dans certains cas, un nombre de stagiaires insuffisant ne permet pas une interaction efficace durant la formation. Vous avez la possibilité de reporter votre inscription sur une session ultérieure prévue au catalogue. Vous pouvez également remplacer un collaborateur en nous communiquant ses coordonnées par écrit ou par mail. En cas d'annulation tardive, et si vous ne pouvez effectuer de report ni de remplacement, les frais suivants seront appliqués :

- 50% du montant en cas d'annulation dans les 10 jours avant le début de la formation ;
- 100% du montant en cas d'annulation moins de 5 jours avant le début de la formation ;
- Toute formation démarrée est due en totalité ;
- Si le stagiaire est empêché de suivre la formation en cas de force majeure dûment reconnue, la convention de formation est résiliée.

Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat.

Si le nombre de participants à une formation est jugé insuffisant sur le plan pédagogique, Ville Evrard Formation se réserve le droit d'annuler la session, au plus tard deux semaines avant la date prévue.

Ville Evrard Formation se réserve le droit de reporter la formation ou de remplacer un intervenant si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent.

Date :

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Signature du participant | Signature du Directeur (si prise en charge employeur) & cachet de l'employeur |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

BULLETIN D'INSCRIPTION A RETOURNER COMPLETE A :

VILLE-EVRARD FORMATION- service de la formation, 202, AVENUE JEAN-JAURES, 93330 NEUILLY SUR MARNE ou à l'adresse mail : ve-formation@epsve.fr