**DEMANDE D’INSCRIPTION A UNE FORMATION**

à retourner à **Chantal LAURENS DAVESNE -** [chantal.laurens@ch-montfavet.fr](chantal.laurens%40ch-montfavet.fr)

et à **Sylvie RANSON -** [sylvie.ranson@ch-montfavet.fr](sylvie.ranson%40ch-montfavet.fr)

**COORDONNEES DE L’ETABLISSEMENT**

Nom de l’Etablissement : N° SIRET :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom/Prénom/Fonction de la personne habilitée à signer la convention :

Personne en charge de la formation :

Tél : email :

**COORDONNEES DES STAGIAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ INSCRIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM-Prénom** | **Fonction** | **Mail** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CADRE RESERVE AU SERVICE DE LA FORMATION DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET**

Date de réception : Date d’envoi au(x) formateurs :

Date consultation du responsable Handicap, s’il y a lieu :

Suites données à cette demande :

**FORMATION SOUHAITEE** : (cocher la thématique choisie)

🞎 INITIATION A LA PSYCHIATRIE 🞎 PSYCHOPATHOLOGIE DE L’ADULTE

🞎 ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

🞎 PSYCHOTRAUMA SIMPLE ET COMPLEXE 🞎 OMEGA - GESTION ET PREVENTION DE L’AGRESSIVITE

🞎 Autre (préciser) :