

Colloque « la recherche en santé mentale et en psychiatrie : vers une pratique accessible et collaborative ».

Le 10 avril 2026 de 09h à 16h30 - Salle Camille CLAUDEL

À retourner au plus tard le 31/03/2026 : aux 2 adresses mails suivantes :

- Madame Valérie RIEDEL : valerie.riedel@ch-montfavet.fr
- Madame Marion BAYLET : marion.baylet@ch-montfavet.fr

PARTICIPANT : PROFESSIONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

NOM Prénom

Fonction

Service Pôle

Adresse personnelle

CP Ville

Tel Courriel @

Les frais d'inscription sont intégralement pris en charge par l'établissement.

Il vous suffit de retourner :

- Ce bulletin renseigné,
- Accompagné du formulaire de formation signé.

Je serai présent(e) au buffet du midi (gratuit) : OUI NON

Fait à le

Signature :

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Madame Marion Baylet - Cadre supérieur de santé - Coordination de la recherche - Direction des soins - marion.baylet@ch-montfavet.fr

DEMANDE DE PARTICIPATION A UNE ACTION DE FORMATION DU PERSONNEL NON MEDICAL

NOM : NOM de jeune fille :

PLAN 2026

Prénom : Grade ou fonction :

Pôle :

Matricule : Ancienneté dans l'établissement :

Unité :

INTITULÉ de l'action de formation demandée

N° de poste :

JOINDRE OBLIGATOIREEMENT LE PROGRAMME

TYPOLOGIE DE LA FORMATION

2 – Adaptation à l'emploi 3 – Préparation aux concours Colloque et Congrès

A renseigner uniquement pour les formations non prévues au plan et passant en commission (Groupe Restreint)

- Demande sur l'enveloppe des formations ponctuelles
- Demande sur l'enveloppe des formations qualifiantes non-promotionnelles
- Demande sur le Compte Personnel de Formation

Lieu de formation :

Dates prévues : Nombre d'heures ou de jours :

ORGANISME FORMATEUR

Inscription en ligne

NON

OUI (*transmettre les justificatifs d'inscription*)

Nom de l'organisme : Tel :

Adresse :

N° de déclaration d'activité (*suffisant pour les colloques*) : **Certification QUALIOPI obligatoire pour les actions de formation**

▪ Frais d'enseignement : €

▪ Frais de repas : repas X **20 €** (*10 € repas de midi sur résidence administrative*) = €

▪ Frais d'hébergement * : nuitées X **90 €** **120 €** **140 €** = €

** 90 € = tarif de base 120 € = villes de plus de 200 000 habitants et banlieue parisienne 140 € = Paris Centre*

▪ Frais de déplacement : Billets SNCF A/R : € (*ne pas réserver de billet non remboursable, non échangeable*)

*ou remboursement kilométrique** : kms A/R X **0,32 €** = €*

***kilométrage le plus court entre le départ, soit de la résidence administrative, soit de la résidence familiale*

Fournir obligatoirement la copie de la carte grise du véhicule

soit total prévisionnel :

€

Date de la demande

Signature de l'agent

Avis du cadre évaluateur	Avis du responsable de pôle	Avis du cadre supérieur de santé ou du directeur
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Signature :	Signature :
Motifs si défavorable :	Motifs si défavorable :	Motifs si défavorable :

Toute demande non signée ne sera pas prise en considération

Décision du groupe de travail formation du pôle en date du : Visa du référent formation du pôle	<input type="checkbox"/> Formation accordée Motifs :	<input type="checkbox"/> Avis défavorable	<input type="checkbox"/> Formation reportée
--	---	---	---

Objectifs de la formation

Objectifs personnels

Objectifs institutionnels
