

DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

à retourner à **Chantal LAURENS DAVESNE** - chantal.laurens@ch-montfavet.fr
à **Sylvie RANSON** - sylvie.ranson@ch-montfavet.fr ou **Valérie RIEDEL** - valerie.riedel@ch-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 :

Nom/Prénom de la personne en charge de la formation :

Tél :

email :

FORMATION SOUHAITEE : (cocher la thématique choisie)

☐ INITIATION A LA PSYCHIATRIE☐ ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES☐ PSYCHOTRAUMA SIMPLE ET COMPLEXE☐ OMEGA - GESTION ET PREVENTION DE L'AGRESSIVITE☐ Autre (préciser) :

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 :