



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

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

Désignation _____
Adresse _____
CP _____ Ville _____
Nom du responsable de l'inscription _____ Adresse mail _____
N° SIRET _____ 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.