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	