|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Refonte Logo_Region Normandie  Formation organisée avec le  soutien de la Région Normandie | 2017logo-CHU | LogoQualiopi-150dpi-AvecMarianne  **La certification qualité a été délivrée au titre de la**  **catégorie d’action suivante :** **actions de formation** | Institut de Formation des Cadres de Santé |

**Formation continue**

**Fiche inscription**

**Année : ….. (à préciser)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche d'inscription** | |
| Nom de naissance :  Nom d’usage :  Adresse personnelle :  Mail personnel :  Mail professionnel : | Prénom :    Date de naissance :    :  : |
|

|  |
| --- |
| Fonction occupée :  Nom de l'établissement où vous travaillez actuellement :  Nom du service : :    Mail employeur pour échanges documents administratifs : |

|  |
| --- |
| **Intitulé de Formation choisie**  🞏 Analyse de pratiques professionnelles  🞏 Classe inversée : Niveau I  🞏 Accompagner les formateurs en IFAS et IFAP à déployer la classe inversée  🞏 Enseigner avec la classe inversée : approfondissement et retour d’expérience : Niveau II  🞏 Un esprit de médiation dans le management des équipes  🞏 Formation au management de l’encadrement médico-administratif  🞏 Le coaching individuel  🞏 Autres demandes spécifiques : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Renseignements complémentaires**  Objectifs du demandeur ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  prise en charge de cette formation : - par votre établissement  - à titre individuel  - autre (à préciser) |
| **Commentaires** (facultatif) |

Date : Signature du demandeur