|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Refonte Logo_Region NormandieFormation organisée avec lesoutien 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