**Formation continue**

**Fiche inscription**

**Année :.**Choisissez un élément. **(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 :Adresse de l’établissement : Nom du service : : Nom et adresse mail de l’employeur pour échanger des documents administratifs (convention, prise en charge…) :  |

|  |
| --- |
| **Intitulé de Formation choisie** [ ]  Analyse de pratiques professionnelles [ ]  Classe inversée : Niveau I[ ]  Enseigner avec la classe inversée : approfondissement et retour d’expérience : Niveau II[ ]  Accompagner les formateurs en IFAS et IFAP à déployer la classe inversée [ ]  Un esprit de médiation dans le management des équipes [ ]  Formation au management de l’encadrement médico-administratif JMP : journée entière [ ]  demi-journée [ ] [ ]  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