**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