|  |  |
| --- | --- |
|  | **BULLETIN D’INSCRIPTION** **A retourner complété : à Aurélie Wellenstein,** **Marmottan, 17 rue d’armaillé, 75017 Paris**Aurélie WELLENSTEIN – Tel. : 01 56 68 70 30 - aurelie.wellenstein@gmail.comOdile BONTEMPS-LUZI - Tél. : 01 45 65 73 15 - o.luzi@ghu-paris.frLila BOUNOUA - Tél. : 01 45 65 71 64 - lila.bounoua@ ghu-paris.fr |

**Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 1155842775 auprès du préfet d’Ile de France**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIREN : 200 082 105** | **SIRET : 200 082 105 00012** | **APE : 8610Z** | **FINESS : 75 006 203 6** | **DATADOCK : 0072360** |

**PARTICIPANT** [ ] M.[ ]  Mme [ ] Hospitalier [ ]  Libéral [ ] Mixte [ ] Autre

**N OM DE NAISSANCE** : ………………………………………… **NOM D’USAGE** (d’épouse) : …………………………………….

**PRENOM** :

**PROFESSION :** ……………………………………………………………………………………………………………………………….

[ ] Directeur [ ] Médecin [ ] Psychologue [ ] Cadre de santé [ ]  **I**nfirmier (ière)[ ] Aide-Soignant

[ ] Technicien de laboratoire [ ]  Préparateur en Pharmacie [ ]  Manipulateur ERM [ ] Ergothérapeute

[ ]  Autre (précisez) :

**ADRESSE PERSONNELLE :**

**CODE POSTAL :**  **VILLE :**

**TEL DOMICILE :**  **TEL PORTABLE :**

**SERVICE :**  **TEL SERVICE :**

**MAIL** :

**ETABLISSEMENT EMPLOYEUR (à compléter impérativement)**

**NOM DE L’ETABLISSEMENT** :

**NOM DU RESPONSABLE FORMATION** :

**ADRESSE POSTALE** :

**CODE POSTAL :** **VILLE :**

**TEL SERVICE FORMATION** : **E-MAIL :**

**NUMERO DE SIRET NUMERO D’ENGAGEMENT JURIDIQUE……………………………………...**

|  |
| --- |
| [ ]  **Prise en charge financière employeur au titre de la formation continue avec accord du Directeur**  |
| [ ]  **Prise en charge individuelle** |
| [ ]  **Prise en charge CPF** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé de la Formation** | De la drogue aux addictions |
| **Date de la formation** | Du 5 au 8 décembre 2022 |
| **Coût de la formation** | 800 euros |
| **Lieu de la Formation** | Hôpital Marmottan, 5 bis rue des colonels renard, 75017 Paris |

|  |
| --- |
| **Handicap** : **A**-Auditif [ ]  **V**-Visuel [ ]  **M**-Moteur [ ]  XX-Autre [ ] ……………………………….........................................................Pour tout besoin d’aménagement ou d’accompagnement spécifique, n’hésitez pas à contacter Mme Hamel MEZIANE : h.meziane@ghu-paris.fr - 01 45 65 77 21  |

 **CONDITIONS D’ANNULATION :** L’annulation tardive occasionne de nombreuses difficultés. Dans certains cas, un nombre de stagiaires insuffisant ne permet pas une interaction efficace durant la formation. Vous avez la possibilité de reporter votre inscription sur une session ultérieure prévue au catalogue. Vous pouvez également remplacer un collaborateur en nous communiquant ses coordonnées par écrit par mail.

 En cas d’annulation tardive, et si vous ne pouvez effectuer de report ni de remplacement, les frais suivants seront appliqués :

* 50% du montant en cas d’annulation dans les 10 jours avant le début de la formation ;
* 100% du montant en cas d’annulation moins de 5 jours avant le début de la formation ;
* Tout formation démarrée est due en totalité ;
* Si le stagiaire est empêché de suivre la formation en cas de force majeure dûment reconnue, le contrat de formation professionnelle est résilié. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat.
* Si le nombre de participants à une formation est jugé insuffisant sur le plan pédagogique, Sainte Anne Form@tion se réserve le droit d’annuler la session, au plus tard deux semaines avant la date prévue. Sainte Anne Form@tion se réserve le droit de reporter la formation ou de remplacer un intervenant si des circonstances indépendantes de sa volonté l’y obligent

**Date : ………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature du participant |  | Signature du Directeur (Si prise en charge employeur au titre de la formation continue) |  | Cachet de l’établissement |