



**INTITULÉ :** .....

**DATES :** .....

Bulletin  
à photocopier et  
à nous retourner

**Le stagiaire**     Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse (n° et rue) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Courriel : .....

Activité actuelle : .....

Diplôme détenu : .....

Désirez-vous bénéficier d'une chambre au foyer de l'institut?     Oui     Non

**L'employeur**    Nom de l'établissement :

Adresse (n° et rue) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom de la personne responsable et fonction : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Courriel : .....

**Prise en charge financière**

Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation.    Date : .....    Signature : .....

Par ANDPC : Pour les libéraux et profs. des salariés des centres de santé. Inscription préalable sur [www.mondpc.com](http://www.mondpc.com)

Par Pôle Emploi

Par CPE

Par l'établissement employeur : Je soussigné(e), M. .... atteste la prise en charge des frais du programme DPC ou de la formation, s'élevant à ..... €, par l'établissement que je représente juridiquement.

Date : .....    Signature : .....

Cachet de l'établissement :

**Merci de préciser à qui doit être adressée la facture :** .....

.....

À l'établissement directement

À votre OPCA si une subrogation de paiement est établie.

Indiquer le nom et les coordonnées de votre OPCA : .....

.....