



Centre Hospitalier Erstein

FICHE D'INSCRIPTION À LA FORMATION

« *Prévention des Risques liés à l'Activité Physique PRAP 2S* »

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT A LA FORMATION :

Monsieur Madame

NOM : Prénom :

Profession : Année d'obtention du diplôme :

Établissement : Service :

Tel. personnel : Tel. professionnel :

Courriel : @

S'inscrit à la formation « *Prévention des Risques liés à l'Activité Physique PRAP 2S* » :

Session de février-mars 2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom et adresse de l'établissement

.....

Nom et qualité de la personne qui signera la convention de formation :

.....

L'établissement s'engage à prendre en charge l'action de formation continue.

À le

Signature de l'intéressé(e)

Cachet et signature de l'employeur

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS

Qu'attendez-vous de cette formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous êtes en situation de handicap, merci de nous indiquer les éventuelles adaptations à prévoir pour que vous puissiez suivre cette formation dans de bonnes conditions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....