

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

COMPLÉTEZ UNE FICHE PAR ACTION DE FORMATION ET ENVOYEZ-LA À LA DÉLÉGATION TERRITORIALE

ANFH NORD-PAS DE CALAIS • Immeuble le nouveau siècle - 2, place Pierre Mendès France - 59000 LILLE
c.salle@anfh.fr - c.leclercq@anfh.fr - m.sahiri@anfh.fr

ÉTABLISSEMENT

CONTACT DU GESTIONNAIRE FORMATION EN CHARGE DU DOSSIER

Tél. :

Mail :

CODE FORMATION / PAGE

INTITULÉ DE LA FORMATION

DATES DE FORMATION

DEMANDE D'INTRA OUI

Nombre de groupe :



Merci de renseigner l'ensemble
des rubriques.

* L'adresse mail des participants nous permettra d'échanger avec eux, le cas échéant, avant le début de la formation (évaluation des attentes et des besoins par l'organisme, envoi de supports...).

Date :

Signature du directeur et cachet de l'établissement :

CANDIDATURES PAR ORDRE DE PRIORITÉ

1 Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénom :

Mail* :

Métier :

Service :

Personnel Médical : oui non

2 Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénom :

Mail* :

Métier :

Service :

Personnel Médical : oui non

3 Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénom :

Mail* :

Métier :

Service :

Personnel Médical : oui non

Commentaire / précision

.....

.....

.....

.....

.....

.....