

**PLAN D’ACTIONS REGIONALES 2025**

**(INSCRIPTION DEFINITIVE A CONFIRMER PAR L’ANFH)**

|  |
| --- |
| **Bulletin à retourner à** **par.poitou@anfh.fr** **avant le 29/11/2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| Code Ets\* | POI |
| Nom de l’établissement\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de la formation | 041- FORMATION ADAPTATION A L’EMPLOI – TECHNICIEN SUPERIEUR HOSPITALIER |
| Dates de formation | DU 07 JANVIER 2025 AU 08 OCTOBRE 2025  |
| Lieu de formation | POITOU-CHARENTES |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priorité facultatif** | **Nom et prénom** | **Adresse mail** | **Fonction / Grade / Service** |
| **N°** |  |  |  |
| **N°** |  |  |  |
| **N°** |  |  |  |
| **N°** |  |  |  |
| **N°** |  |  |  |
| **N°** |  |  |  |

Pour toute annulation, merci de nous en informer le plus rapidement possible

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date |  | Signature du directeur et cachet de l’établissement |