

Stage de Formation Continue

**FORMULAIRE
D'INSCRIPTION**

à adresser à : **ACOMEN - BP 4166 - 34091 Montpellier Cedex 5 - France**
Tél. : **+33(0)4 67 52 27 67** - Fax : **+33(0)9 58 25 15 76** - E-mail : **info@acomen.fr**

Ne rien inscrire dans ce cadre :

CODE STAGE :	N° STAGIAIRE :	DATE DE LA RÉPONSE :
--------------	----------------	----------------------

PARTICIPANT

Nom / prénom :

Statut professionnel :

E-mail :

Lieu d'exercice :

Tél. secrétariat : Fax :

E-mail du cadre médico-technique :

STAGE

Date de la demande :

Intitulé :

Lieu :

Dates :

ADMINISTRATION

Adresse du service chargé de la Formation Continue
dans l'établissement et nom et E-mail de la personne à contacter :

.....

.....

.....

Tél. : Fax.....

E-mail :

Visa de l'établissement :

NOTES IMPORTANTES

1. La réception de ce formulaire rempli par le stagiaire ne vaut inscription définitive que s'il est validé par le service de Formation Continue de l'établissement dans l'espace Administration ci-dessus, ou s'il fait l'objet d'une confirmation de ce service sous forme d'une demande séparée d'inscription ou de prise en charge.
2. Sauf exigence contraire, la convocation et les documents annexes sont expédiés au service de Formation Continue de l'établissement, à charge pour lui de les remettre à la personne inscrite. Les renseignements demandés devront être écrits de manière lisible et complète.
3. Les informations contenues dans ce formulaire sont exploitées par l'ACOMEN dans le cadre de la gestion de son programme de formation. Elles font l'objet du droit d'accès et de rectification prévu par la loi.