

SESSION DU 23 FEVRIER 2021 AU 17 DECEMBRE 2021   
SESSION DE SEPTEMBRE 2021 A JUIN 2022



## Le stagiaire

Madame  Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

Age : ..... Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : Pays : ..... Ville (et département) : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Union libre

Nombre et âge des enfants à charge : .....

Véhicule :  Oui  Non

*Le Pôle Formation Santé est charté H+, agréé par la Région Auvergne Rhône-Alpes, pour l'accueil de personnes en situation de handicap. Le stagiaire possède-t-il une RQTH ?*  Oui  Non

Financement de la formation :

Employeur  CIF / Précisez l'organisme : .....  Individuel

Pôle Emploi (N° Identifiant : ..... )  Autre / Précisez : .....

## “ Constitution du dossier d'inscription

*Dans le cadre de votre demande d'inscription dans notre Centre, nous vous communiquons ci-dessous la liste des documents à nous fournir pour la constitution de votre dossier.*

- Ce bulletin d'inscription dûment rempli
- Une photo d'identité à coller sur la fiche d'identification
- Justificatif de diplôme (fournir copie)
- Un CV actualisé
- La photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité

## “ Facturation

Paiement direct par l'entreprise

Facturation à adresser à (si différente du siège social ou de celle à faire figurer sur la convention de formation) :

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Nom et prénom de la personne en charge du dossier : .....

Fonction : .....

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : .....

Subrogation par OPCO

Précisez l'OPCO : .....

*Pour toute prise en charge totale ou partielle par un organisme financeur, nous faire parvenir son contrat de prestation de service. Le montant non pris en charge sera réglé par le signataire de la présente offre.*

Personnel

**Document à retourner au Pôle Formation Santé :**

Pôle Formation Santé - Site GREENOPOLIS – 16 rue Berjon 69009 LYON  
Pool Administratif Formation Longue - Tél. : 04 37 46 18 40 - Fax : 04 78 89 67 25  
E-mail : [formation.longue@poleformation-sante.fr](mailto:formation.longue@poleformation-sante.fr) - [www.poleformation-sante.fr](http://www.poleformation-sante.fr)

*Ces informations sont recueillies dans le but du traitement de votre inscription. Conformément aux lois «Informatique & Liberté» et «RGPD», vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant le Pôle Formation Santé à [contact@pf-sante.fr](mailto:contact@pf-sante.fr).*