



# BULLETIN D'INSCRIPTION EN FORMATION

**Indiquer l'intitulé de la formation :**

---

## PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

**Nos formations sont réservées à des professionnels de la santé, merci de nous confirmer cette affiliation :**

Je suis un professionnel de la santé

Je suis étudiant dans le secteur de la santé

- Mon domaine d'activité :
- Ma profession :

Dans quel cadre je souhaite suivre cette formation :

- Formation recommandée par mon entreprise (plan de développement des compétences)
- Formation sélectionnée à titre personnel

## FINANCEMENT

Inscription individuelle	Inscription employeur <i>La formation est prise en charge par l'employeur</i>
<input type="checkbox"/> Salariés ou stagiaires de l'Élan Retrouvé <i>(inscription gratuite)</i>  Indiquez votre structure :	Raison Sociale :  Adresse :  Responsable du dossier Nom/ Prénom :
<input type="checkbox"/> Individuelle : <i>La formation est financée par le participant</i>	N° de téléphone : Email :
<i>Envoi d'une convention de formation dès réception du bulletin d'inscription + règlement intérieur + conditions générales de vente</i>	
<input type="checkbox"/> Chèque établi à l'ordre de la Fondation l'Élan Retrouvé <input type="checkbox"/> Virement bancaire sur le compte de la Fondation l'Élan Retrouvé avec le libellé « FORMATION » RIB : 42559 10000 08002866172 70 / IBAN : FR76 4255 9100 0008 0028 6617 270 / BIC : CCOPFRPPXX	

**\*Toutes nos formations sont ouvertes au public professionnel de santé en situation de handicap**

### **Ce bulletin est à envoyer à :**

Par courrier : Fondation l'Élan Retrouvé – Mme Laure Boyer - 23 rue de La Rochefoucauld 75009 Paris

Ou Par E-mail : [laure.boyer@elan-retrouve.org](mailto:laure.boyer@elan-retrouve.org)