

FORMATION

Date: 15/04/2025

Bulletin d'inscription

A retourner au Service Formation du CH de Millau par mail : anne.maitre@ch-millau.fr - nathalie.cayzac@ch-millau.fr

Version n°1/1

☐ Premier Secours €	Date de se	Date de session souhaitée					
Renseignements con	<u>nt</u> :		(planification des sessions proposées au verso)				
Nom de l'établissement	:						
Adresse:							
Tel :		Ema	ail :				
Nom du responsable for	mation:						
Nom du signataire de la							
Coût de la formation	pris en chai	r <mark>ge par</mark> (c	ocher la case co	orrespondante):			
☐ Budget formation de l'établissement☐ Autre (préciser) :			□ A.N.F.H.		□ Le p	☐ Le participant	
Renseignements con	<u>cernant le o</u>	u les part	<u>:icipant(s)</u> :				
NOM / PRENOM	NOM DE JEUNE FILLE	PRE- REQUIS (grade)	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	DEP.	TELEPHONE OU ADRESSE MAIL DU PARTICIPANT	
_							
-							
Les informations doivent tou	tes être complété	es et de man	 ière lisible.				
•	•					45	
Tarif par apprenant				pant (pour un g	roupe de	e 15 personnes).	
Tarif réajustable en f	fonction du n	ombre de	participants.				
doit être renvoyé au mi	inimum 1 mois	avant la d	late du début d	e la formation. I	inscriptic.'	e à un handicap. Le bulletin on ne sera considérée comme de votre établissement.	
Fait à			Le				
Nom - Prénom - Fonctic							



FORMATION

Date: 15/04/2025

Bulletin d'inscription

A retourner au Service Formation du CH de Millau par mail : anne.maitre@ch-millau.fr - nathalie.cayzac@ch-millau.fr

Version n°1/1

Planification 3e trimestre 2025 : dates non planifiées à ce jour

MOIS	PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE
JUILLET	
AOUT	
SEPTEMBRE	

Planification 4^e trimestre 2025 : dates non planifiées à ce jour

	T
MOIS	PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE
OCTOBRE	
NOVEMBRE	
DECEMBRE	

Mail: anne.maitre@ch-millau.fr - nathalie.cayzac@ch-millau.fr N° Agrément Organisme formation: 73120059512