

# 5 Formulaire d'inscription

Titre de la formation en INTER : .....

Date(s) de session(s) souhaitée(s) : .....

## Participant

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

E-mail de contact : .....

Profession : ..... N°RPPS ou ADELI : .....

Mode d'exercice :  Hospitalier  Libéral  Autre : .....

Etablissement d'exercice : .....

Service et/ou adresse d'exercice : .....

**Il est demandé aux personnes en situation de handicap d'en informer la CoPéGE lors de l'inscription afin que les mesures d'accompagnement soient prévues.**

**Un rendez-vous peut vous être proposé.**

Besoins particuliers : .....

## Mode de financement

Employeur  Individuel (autofinancement)  Autre (préciser) : .....

**Information financeur**, le cas échéant

Responsable de l'établissement (signataire de la convention) : .....

Téléphone : ..... E-mail de contact : .....

Date : ..... Signature

**Important : Votre inscription ne sera définitive qu'à réception d'une convocation envoyée par la CoPéGE, sous réserve des places disponibles.  
Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte**

## Contact

La personne en charge des relations, inscriptions et de l'organisation en local est indiquée sur chaque fiche de formation

Ou

Emilie ROSE, coordinatrice CoPéGE  
e.rose@chru-nancy.fr