


# Fiche inscription Individuelle

Formation professionnelle

Intitulé de la formation suivie	Dates de sessions
Parcours de soin diététiques des personnes atteintes de MICI 	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mardi 17 novembre de 10h à 12h</li><li>• Mardi 24 novembre de 09h à 13h30</li><li>• Mercredi 02 décembre de 09h à 12h30</li><li>• Mardi 08 décembre de 09h à 13h</li><li>• Mardi 15 décembre de 09h à 13h</li></ul>

Remplir obligatoirement tous les champs ci-dessous

## Établissement employeur (si concerné)

Nom .....

Adresse .....



Merci de nous transmettre l'attestation de prise en charge financière pour vos stagiaires  
(si concerné)

**Stagiaire**

**NOM DE NAISSANCE et Prénom :**

NOM d'usage:

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse domicile :

Téléphone :

Adresse mail :

Merci de cocher les case correspondants à votre situation :

J'ai acquitté ma cotisation annuelle au réseau AFA Crohn RCH France pour l'année en cours

Je suis en situation de handicap. Dans ce cas, RESURGENCE Santé reprendra contact avec vous pour évaluer vos besoins d'adaptation

Fait à : .....

Le .....

**Tampon et Signature**

## Pièces obligatoires à transmettre :

Photocopie de la pièce d'identité