

N° Formateur : 53 35 09577 35

N° OGDPC : 6244

INSCRIPTION FORMATION

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE OU PROFESSIONNELLE :

PROFESSION OU ACTIVITE :

ROLE PREVU EN ETP DRÉPANOCYTOSE SOIGNANT oui ou PATIENT/AIDANT RESSOURCE :

SITE HOSPITALIER CONCERNÉ :

MODE D'EXERCICE DOMINANT POUR LES SOIGNANTS > (50%) :

salarié

mixte

POUR LES SOIGNANTS : N° RPPS :

ou N° ADELI :

NUMERO TELEPHONE :

EMAIL :

FINANCEMENT PERSONNEL : oui non

FINANCEMENT PAR UNE STRUCTURE (préciser nom et coordonnées) :

FINANCEMENT PAR EVAD souhaité oui non

DEMANDE PARTICULIERE LIEE A UNE SITUATION DE HANDICAP :

Merci d'adresser ce formulaire à dora.bachir@aphp.fr avant le 5 septembre qui validera l'inscription et l'adressera à Alliance Educative ; attention votre prise en charge financière est assurée par l'Association EVAD, vous êtes dans l'obligation de suivre les 6 jours de formation et vous ne pouvez pas annuler votre participation sauf cas de force majeure après le 15 septembre (la formation coûte 600 € ! une compensation vous sera demandée)