



Inscription à la formation

Construire une démarche de soin associée à la prévention des TMS dans les structures de santé

Organisme de formation déclaré sous le n° : 11 75 49587 75
N° SIRET : 775 682 990 00038

Etablissement

NOM :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Contact - Responsable de l'inscription

NOM : Prénom :
Fonction : Service :
Téléphone : Courriel :

Nous souhaitons inscrire

• A la formation « Décideurs » : Piloter et accompagner la démarche

NOM & Prénom :
Fonction :

A la session (cocher la case correspondante) : 2024-01 DIR 2024-02 DIR

• A la formation « Référénts » : Former un Référént Prévention TMS

NOM & Prénom :
Fonction :

A la session (cocher la case correspondante) : 2024-01 RP 2024-02 RP

Le signataire de la Convention de Formation pour notre établissement sera :

NOM : Prénom :
Fonction :

Fait à XX, le XX/XX/XX

Signature du responsable de l'inscription :

Cachet de l'établissement :



Document à envoyer par courrier postal à l'adresse :

Hôpital Paris Saint-Joseph - DRH - Centres Ressources - 185 rue Raymond Losserand,
75674 PARIS Cedex 14



centre.ressources@ghpsj.fr



01 44 12 35 47