



**CONSTRUIRE UNE DEMARCHE DE SOIN ASSOCIEE
A LA PREVENTION DES TMS
DANS LES STRUCTURES DE SANTE**

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

à la formation « Décideurs » : **PILOTER ET ACCOMPAGNER LA DEMARCHE**

NOM & Prénom :
Fonction :
à la session : (cocher la case correspondante)
 2020-01 DIR 2020-02 DIR

à la formation « Référents » : **FORMER UN REFERENT PREVENTION TMS**

NOM & Prénom :
Fonction :
à la session : (cocher la case correspondante)
 2020-01 RP 2020-02 RP 2020-03 RP

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

NOM – Prénom :
Fonction :

Fait à : , le / /
Signature du responsable de l'inscription : Cachet de l'établissement :