|  |  |
| --- | --- |
| **En partenariat avec Sainte Anne Form@tion**Organisme de formation *« Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 11755842775 auprès du préfet de région d’Ile-de-France »*SIREN : 200 082 105 SIRET : 200 082 105 00012 APE : 8610Z FINESS : 75 006 203 6 |  **Bulletin d’inscription**  **A retourner à Quatorze bis** **25 avenue Mozart, 75016 Paris** **Tél : 01 45 43 00 95** **e-mail : contact@quatorzebis.fr** |

 ***8ème JournéeC3RP***

**La Réhabilitation : un changement de paradigme dans la société**

**Vendredi 28 juin 2019 *- 9h00-16h00***

***À compléter par la personne qui assistera au colloque***

Nom : ………………………………………………………………………. Prénom : …………………………………………........

Adresse personnelle : …………………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : ………………………………… Ville : ………………………………………………………………………………..

Tél. Domicile : …………………………………… E-Mail Personnel : ……………………………..………………………………

Fonction : ……………………………………… Établissement d’exercice : …………………………………………………...

***À compléter en cas de prise en charge par le service de Formation Continue ou à la Direction des ressources humaines de votre établissement.***

Il est important de renseigner toutes les rubriques pour permettre l’envoi de la convention au service concerné.

Les inscriptions ne seront validées qu’à réception de la convention signée.

**ETABLISSEMENT PRENANT EN CHARGE LA FORMATION**

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT** :

**NOM DU RESPONSABLE FORMATION** :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL SERVICE FORMATION : E-MAIL :

|  |
| --- |
| **Coût : 100,00 € TTC (*les conférences et le lunch-box sont inclus dans les droits d’inscription)*** |
| ❒ Prise en charge individuelle*Chèque à joindre avec votre bulletin d’inscription à l’ordre de Quatorze Bis. Facture envoyée à réception* | ❒ Prise en charge financière au titre de la formation continue *avec accord de l’établissement* |
| Date : ………………………………………………………….**Nom, Prénom, Titre du signataire** | Date : ………………………………………………………….***Signature et Cachet de l’établissement*** |