BULLETIN D'INSCRIPTION :

FOCAL formation continue et alternan

Médecine et traumatologie du sport

STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de l'inscription

☐ Mme ☐ M. NOM : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Adresse obligatoire : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....

Email obligatoire (pour envoi convocation) :.....

Profession : .....

Mode d'exercice dominant (>50%) : ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Hospitalier

☐ Salarié d'un centre conventionné ☐ Service de santé des armées ☐ Mixte

N° RPPS ou ADELI : .....

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette/ces formation(s) :.....

Inscription	Dates	Tarif	Cocher ↓
Module 1 - Pathologie de l'épaule	20/11/2018	135€	☐
Module 2 - Pathologie du genou	04/12/2018	135€	☐
Module 3 - Pathologie du pied et de la cheville	08/01/2019	135€	☐
Module 4 - Pathologie de la hanche	15/01/2019	135€	☐

REGLEMENT

☐ Inscription à titre individuel

☐ Inscription prise en charge par l'employeur, **renseigner l'attestation de prise en charge financière ci-dessous**

Le règlement des frais d'inscription et de formation sera à effectuer à réception de la ou des facture(s) établies par le service FOCAL de l'UCBL. Les factures seront adressées aux stagiaires (ou aux organismes prenant en charge la formation) en suivant l'échéancier indiqué sur le contrat ou la convention de formation professionnelle qui sera établi(e) à réception du bulletin d'inscription.

EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de : .....

Pour le compte de l'établissement : .....

S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription souscrite au bénéfice de :

Mme/M. : ..... Pour un montant total de : .....

Numéro de SIRET de l'établissement : |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| privé ☐ public ☐

Adresse de convention : .....

.....

.....

Nom du correspondant : .....

Tél : .....

Mail : .....

Adresse de facturation **Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, …) joindre un justificatif**

.....

.....

Tél : .....

Mail : .....

Date **Signature du stagiaire** **Nom, signature et cachet de l'employeur**

Chaque formation sera assurée sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits.
L'inscription sera validée au retour de la convention signée par l'employeur ou le stagiaire

Université Claude Bernard Lyon 1- Formation continue antenne Santé – 8, Avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 08
Tél. : 04 78 77 75 16 –marta.dropa@univ-lyon1.fr -http://focal.univ-lyon1.fr - N° déclaration 8269 P 000169