



**SANTE FORMAT SUD**  
*Apporter notre pierre à votre formation*

# BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner complété à SANTE FORMAT SUD  
76 rue Garance Bâtiment Actys 3 31670 LABEGE ou [contact@santeformatsud.fr](mailto:contact@santeformatsud.fr)

Titre ou référence de la formation: .....

Dates de sessions souhaitées : .....

Mode souhaité: Intra dans votre établissement  Inter dans notre centre de formation

En quelques mots pourriez-vous décrire vos attentes en matière de formation:

.....  
.....

J'autorise SANTE FORMAT SUD à utiliser mon adresse électronique pour m'adresser de la documentation en retour

Vous souhaitez nous signaler une situation de handicap en cochant la case ci-contre. Santé Format Sud prendra contact avec vous pour nous adapter à toute situation de handicap et à ses besoins en compensation (pédagogique, humain)

Nom de votre établissement

Nom de votre DRH ou responsable de formation

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone

E-mail

@

Liste des participants à inscrire

Nom	Prénom	Profession	Date de naissance	N° ADELI /RPPS

Fait le / / à

Signature et cachet :



**SANTE FORMAT SUD**

☎ 05 31 47 22 10

✉ [contact@santeformatsud.fr](mailto:contact@santeformatsud.fr)