

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2026

Afin de valider votre inscription

Merci de compléter ce formulaire et de nous l'adresser (par mail à sec.formation@ch-havre.fr ou par courrier postal GHH Service formation 55 bis rue Gustave Flaubert 76600 Le Havre)

Intitulé formation :

Date de la formation :

Inscription participant :

Civilité :	
Nom :	
Prénom :	
Grade :	
Numéro RPPS :	
Date de naissance :	
Téléphone :	
E-mail de contact :	

Je confirme la lecture et l'acceptation du règlement intérieur (document disponible
notre site internet « [Infos pratiques](#) »)

La validation concernant le règlement intérieur est un élément incontournable pour procéder à l'inscription à la formation demandée.

Employeur et adresse de facturation :

Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Code postal	
Ville :	
Nom du responsable :	
Téléphone :	
E-mail de contact :	

Date demande :

Signature :

Merci de nous contacter 48 heures avant au minimum en cas de désistement ou de modification.

VOS ATTENTES POUR LE PARTICIPANT

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement suivre une formation visant au développement de vos compétences professionnelles. Ce questionnaire a pour finalité de recueillir vos attentes pour cette formation.

Quelle est votre motivation pour cette formation ?

A quel objectif principal votre inscription répond-elle ?

- Acquisition de connaissances
- Adaptation de vos compétences
- Partage de pratiques professionnelles
- Autres :

Qu'attendez-vous principalement de la formation ?

- Apports de connaissances théoriques
- Apports de connaissances méthodologiques
- Temps d'échanges / débat entre participants
- Temps d'échanges / débat avec les intervenants
- Autre :

Merci de nous apporter toute autre précision que vous jugeriez utile pour la réalisation de votre formation

.....
.....
.....
.....

HANDICAP

En fonction de votre situation de handicap, des aménagements peuvent vous être proposés afin d'organiser votre formation dans les meilleures conditions. N'hésitez pas à nous contacter (sec.formation@ch-havre.fr). Nous solliciterons notre référent handicap.

*Les données personnelles collectées par le Groupe Hospitalier du Havre, dans ce formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité votre inscription et votre participation à la formation que vous sollicitez. Ce traitement repose sur l'intérêt légitime du GHH. Ces informations sont à destination de personnes habilitées à procéder aux démarches administratives liées à votre formation ; Elles seront conservées pendant 10 ans. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition de limitation des données vous concernant. Pour exercer vos droits, il vous suffit d'adresser un email à l'adresse dpd@ch-havre.fr. En cas de difficulté non résolue, vous pouvez adresser une réclamation auprès de l'autorité de contrôle www.cnil.fr.