



**MEDICAL
INTERFACE**

Organisme de formation
n° 82 69 05046 69

BULLETIN D'INSCRIPTION

À photocopier et à retourner à :

MEDICAL INTERFACE

2 PLACE ANTONIN JUTARD - 69003 LYON

ou par e-mail à contacts@medical-interface.fr

■ ÉTABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT ÉTABLISSEMENT PUBLIC ESPIC PRIVÉ

ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (complète) :

TÉL

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER : Mme M

PRÉNOM NOM

FONCTION SERVICE

TÉL E-MAIL

■ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE

VOUS SOUHAITEZ :

ADAPTER UN PROGRAMME DU CATALOGUE SUR SITE

MERCI DE PRÉCISER LE TITRE DE LA FORMATION SOUHAITÉE.....

CONCEVOIR UN PROJET PÉDAGOGIQUE SUR-MESURE

MERCI DE PRÉCISER LES DIFFÉRENTS THÈMES QUI DOIVENT CONSTITUER CE PROJET

POUR NOUS PERMETTRE DE RÉPONDRE AU MIEUX À VOS ATTENTES, MERCI DE DÉFINIR PLUS PRÉCISÉMENT VOTRE PROJET :

À QUELS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES, POUR L'ÉTABLISSEMENT ET/OU LES STAGIAIRES, DOIT RÉPONDRE CETTE ACTION DE FORMATION ?

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

ESTIMATION DU NOMBRE DE PARTICIPANTS : 4 À 12 12 À 16 PLUS DE 16

FONCTIONS DES PARTICIPANTS :

NOMBRE DE JOURNÉES SOUHAITÉES : PÉRIODE SOUHAITÉE :

L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE :

- D'UN ORDINATEUR : OUI NON

- D'UN VIDÉO-PROJECTEUR : OUI NON

- D'UNE SALLE DE FORMATION AVEC CONNEXION INTERNET : OUI NON

- D'UNE SALLE INFORMATIQUE ÉQUIPÉE AVEC CONNEXION INTERNET : OUI NON