|  |  |
| --- | --- |
| INTITULE DE LA FORMATION | Sensibilisation : Le rétablissement en santé mentale et la Réhabilitation PsychoSociale (RPS) |
| DATE(S) DE LA FORMATION |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMATIONS SUR LE.S PARTICIPANTS**  ***(vous pouvez ajouter des lignes)*** | | | | |
| RAISON SOCIALE DE L’ENTREPRISE | CIVILITE | NOM – PRENOM | ADRESSE MAIL | TELEPHONE | FONCTION |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SIGNATAIRE DE LA CONVENTION **(uniquement si la formation a lieu dans le cadre du travail)** | ❑ Madame ❑ Monsieur  Nom : .................................................................................................  Prénom : ....................................................................................  Fonction : ...............................................................................  Etablissement : ………………………………………………………  E-mail : ...............................................................................................  Adresse : .......................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| DATE ET SIGNATURE DU PARTICULIER OU DE L’EMPLOYEUR **(uniquement si la formation a lieu dans le cadre du travail)** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS** |
| * Formulaire d’inscription à remplir et à renvoyer à l’adresse : sensibilisationrrps@mailo.com * À la réception de ce formulaire d’inscription, une convention de formation / contrat de formation vous sera adressé par mail et à nous retourner, signé. * **La formation est gratuite pour l’ensemble des participants. Le déjeuner est à votre charge**, vous avez le choix, merci de le préciser :   ❑ repas libre.  ou  ❑ restaurant à proximité du lieu de la formation.  Une liste des restaurants vous sera présentée en début de formation. Un véhicule est nécessaire pour se rendre au restaurant. |