



### INFORMATION

Nom et Prénom

Nom de naissance le cas échéant

Date de naissance

Téléphone

Email

Adresse professionnelle (à défaut, personnelle ; le préciser)

Profession/statut (si étudiant.e : joindre un justificatif)

N° RPPS / ADELI

Lieu d'exercice  
(cabinet, CH, PF, CSS...)

Mode d'exercice  
dominant ( > à 50 %)

salarié  libéral  
 mixte

### PRISE EN CHARGE

Prise en charge employeur :

OUI

NON

Si oui, nom et adresse de l'employeur à contacter ( @ ou tél)

Demande de prise en charge DPC envisagée :

OUI

NON

### VOS ATTENTES

Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ? (compléter au verso si nécessaire)

Hôpital dans lequel vous souhaitez réaliser votre stage

Hôpital dans lequel vous souhaitez signer la convention

Souhaitez-vous covoiturer

OUI

NON



## COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Bulletin à renvoyer à l'adresse suivante accompagné d'un chèque de 350 € selon conditions ci-après :

Pleiraa

HCE – Centre orthogénie-planification

Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes

CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 9

Professionnels ne bénéficiant pas d'une prise en charge par un employeur :

Merci de joindre à ce bulletin un chèque de 350 € à l'ordre de PLEIRAA pour règlement des frais d'inscription ou dépôt de garantie dans l'attente de la validation de la demande DPC (encaissement en cas de réponse négative de l'Agence DPC ; en cas de prise en charge partielle des frais d'inscription, le complément sera demandé).

Places gratuites réservées aux étudiants (internes méd. g. & sages-femmes) dans la limite des places disponibles.

Personnes en situation de handicap, merci de contacter l'équipe à l'adresse [cglenat1@chu-grenoble.fr](mailto:cglenat1@chu-grenoble.fr), pour faire le point sur les adaptations nécessaires.