

# Modalités

## LIEU DU COLLOQUE

Hôpital Xavier Arnoz  
Institut des Métiers de la Santé (IMS)  
Amphithéâtre - Avenue du Haut-Lévêque  
33604 PESSAC Cedex

Tél 05 57 65 65 86 - Fax 05 57 65 63 87  
[ims.academie@chu-bordeaux.fr](mailto:ims.academie@chu-bordeaux.fr)  
[formations.chu-bordeaux.fr](http://formations.chu-bordeaux.fr)



Pour accéder  
au lieu



Pour tout renseignement sur l'accès à la formation pour les personnes en situation de handicap, veuillez contacter : Ghislaine LASSERRE, Responsable pédagogique, [ghislaine.lasserre@chu-bordeaux.fr](mailto:ghislaine.lasserre@chu-bordeaux.fr)

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

Montant de l'inscription : **170€**  
(dont repas)

Bulletin d'inscription à retourner  
avant le **13 juin 2024**

- **Pour les agents du CHU de Bordeaux** : le bulletin d'inscription doit être transmis à votre encadrement puis à l'unité de formation du CHU : [unite.formation.continue@chu-bordeaux.fr](mailto:unite.formation.continue@chu-bordeaux.fr)
- **Pour les établissements HORS CHU de Bordeaux** : journée pouvant faire l'objet d'une prise en charge au titre de la formation professionnelle. Une convention de formation vous sera envoyée à votre demande. Une facture vous sera communiquée ultérieurement. Bulletin d'inscription à transmettre à [murielle.guibert@chu-bordeaux.fr](mailto:murielle.guibert@chu-bordeaux.fr)
- **Pour une prise en charge individuelle** : un règlement par chèque à l'ordre du Trésor public vous sera demandé dès votre inscription, pour établissement du contrat individuel de formation. Destinataire : Hôpital Xavier Arnoz - IMS - IMS Académie - Avenue du Haut Lévêque 33604 PESSAC

N° de Déclaration d'existence (DE) : 7233P001133



## BULLETIN D'INSCRIPTION

Colloque « Le 2nd RDV de l'innovation paramédicale » du 20 juin 2024

### Participant

Nom Prénom : .....

Fonction : .....

Mail obligatoire : .....

Choix atelier (14h-15h) :  N°1  N°2  N°3  N°4

Choix atelier (15h-16h) :  N°5  N°6  N°7  N°8

Un **before** en présence des intervenants et participants du colloque sera organisé la veille au soir dans le centre de Bordeaux, sur votre **temps personnel**

Participation :  OUI  NON

**Prise en charge à titre personnel**

Adresse personnelle : .....

CP et Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

**Prise en charge au titre de la formation continue - CHU de Bordeaux**

Service/Pôle : .....

**Prise en charge au titre de la formation continue - HORS CHU de Bordeaux**

Établissement : .....

Adresse : .....

CP et Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Cachet de l'établissement