

# Fiche d'inscription

## IMPORTANT

*Merci de renvoyer cette fiche complétée et signée au contact de la plateforme organisatrice dont les coordonnées figurent sur la Fiche-programme de l'atelier*

### IDENTITE DE L'ATELIER

---

Intitulé de l'atelier :

Date(s) :

Participation à la :  Partie Théorique

Partie Pratique

### IDENTITE DE L'AGENT

---

Nom :

Prénom :

Téléphone :

E-Mail :

**Public :**

Statut :

**Titulaire**

Chercheur

Enseignant-Chercheur

Ingénieur/Technicien (IT/ITRF)

**Non-Titulaire**

Doctorant

Post-Doctorant

CDD

Date de fin de contrat : .. / .. / ....

Tutelle d'appartenance (Organisme qui vous rémunère)

CNRS  INSERM  UM1  UM2

Autres (à préciser) :

Lieu de travail (Unité ou Laboratoire d'exercice) :

Pour les agents CNRS : N° d'agent :

Pour les agents INSERM : N° Matricule :

**Prise en charge de la formation par:**

La Formation Permanente

Le Laboratoire

Autres (à préciser) :

**Privé :**

Fonction :

Nom de l'entreprise :

Ville :

Pays :

**Pour nous permettre de mieux prendre en compte votre demande, merci de répondre à ces quelques questions :**

- **Qu'attendez-vous de cette formation ?**

*(Bien argumenter et être le plus précis possible, important pour la sélection du candidat)*

- **Quelle est votre fonction ?**

- **Avez-vous les pré-requis pour cette formation ?** (cf. fiche-programme)  Oui  Non

- **Avez-vous déjà pratiqué la technique enseignée ?**

- **Cette demande est-elle inscrite au Plan de Formation (PFU) de votre Unité ?**  Oui  Non  
*(Réponse uniquement pour les agents CNRS et INSERM)*

- **Quel est l'objectif de cette formation?** *(Veuillez ne cocher qu'une seule case)*

T1 : Adaptation immédiate au poste de travail

T2 : Adaptation à l'évolution prévisible du métier

T3 : Développement des qualifications ou acquisition de nouvelles qualifications en vue d'un projet de mobilité, de reconversion...

*Si votre demande relève du T2 ou T3, vous avez la possibilité de mobiliser votre Droit Individuel à la Formation (DIF).*

Souhaitez-vous utiliser ce droit pour cette formation ?  Oui  Non

Signature de l'intéressé(e)	Nom et signature du responsable hiérarchique :  Nom et signature du directeur d'Unité :	Nom et signature du Correspondant Formation
-----------------------------	---	---

### AVIS ARGUMENTE DU RESPONSABLE DE L'AGENT

*(Cet avis est important pour la décision finale de prise en charge, il doit être le plus précis possible)*

Avis Favorable :       Avis défavorable :

**Commentaire :**