****

**FICHE D’INSCRIPTION**

■ **FORMATION DEMANDÉE**

Intitulé du stage ................……………………………………………………………………………………….......…..........................

Date …………………………… Lieu / Établissement ……………………………………………....................................................

■ **IDENTITÉ DE L’AGENT / SALARIÉ**

M. Mme Nom usuel ………………………...………. Nom de naissance……………………...………............

Prénom ………………….............................................… Année de naissance

Adresse personnelle ……………………………...……………………………………………………………...........................… Code postal Ville …………………………………………............................ Tél.*(portable et/ou fixe)* Courriel perso………………..………………….......................….…

■ **IDENTITÉ PROFESSIONNELLE**

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel

Filière (ASU, ITRF, Bibliothèque, Ville de Paris…) : …………………………………………………………..………….

Corps : …..……………… Catégorie : A B C

Enseignant / Chercheur  (précisez votre corps) :…………………………………………………………………………………….

Établissement …………………….……………..........… Service d’affectation …………….....……….…………………...……

Adresse professionnelle ................................................................................................................................................................

Tél. Fax : Courriel Pro……………………..........….………..…..........

Nom du Responsable de service ………………………………………………...…

■ Diplômes acquis ou niveau d’études ……........………………………………………….…………........…...……

■ *Description de vos fonctions actuelles :* ………………………………………………………………………..........…………….…

…..…..…...................................................................................................................................................................................

■ *Motivation pour suivre le stage :* ………………………………………………………………………..........…………….………….

…..…..…...................................................................................................................................................................................

…..…..…...................................................................................................................................................................................

■ *Je souhaite mobiliser mon* CPF*:* OUI NON Nombre d’heures mobilisées :………………………….

■ *Cocher le type d’action, en concertation avec votre supérieur hiérarchique, en fonction de votre projet professionnel et/ou de service*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S’adapter immédiatement | |  | Acquérir et développer | |  | Suivre l’évolution de son métier | | Se préparer | |
|  | À son poste de travail | |  | de nouvelles compétences | |  | Pour se maintenir dans son emploi | | aux concours | |
|  |
|  |
|  |
| **LE CANDIDAT LE RESPONSABLE AVIS**  **DE LA FORMATION CONTINUE DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE** | | | | | | | |
| **Je soussigné(e)**  *certifie avoir pris connaissance*  *des conditions d’inscription à cette formation*  Date et signature | | | **Nom**  .....................................................  Signature | | | **Nom**  .....................................................  Avis  Signature | |