

**FORMATION :**  
**« DEVENIR PERSONNE RELAIS**  
**EN EDUCATION POUR LA SANTE »**

**ORLEANS : 24 ET 25 MAI, 25 JUIN, 25 SEPTEMBRE**

**FICHE D'INSCRIPTION**

A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS)  
UFR de Médecine  
10 bd Tonnellé  
37 000 TOURS

**NOM :**

**PRENOM :**

**FONCTION :**

**ORGANISME :**

**ADRESSE PROFESSIONNELLE :**

**TEL. PROFESSIONNEL :**

Si besoin préciser le numéro du standard, de votre ligne directe, de votre N° de poste

**TEL. PORTABLE :**

**ADRESSE EMAIL :**

**En m'inscrivant à cette formation, je m'engage à être présent(e) à l'ensemble des journées programmées.**

Date

Signature

Cachet de l'organisme