2026-2027

Dossier d'inscription
Au titre de la Formation continue

A retourner : Formation médicale continue
UFR3S – Médecine
Au gestionnaire en charge de la formation.

Intitulé de la formation :

STAGIAIRE ETAT-CIVIL :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Pays :

Adresse personnelle :

Téléphone :

E-mail :

Année d'obtention du BAC :

Type de BAC

SITUATION PROFESSIONNELLE :

☐ Salarié

☐ Profession libérale

☐ Etudiant

☐ Sans emploi

Service FMC/DPC
UFR3S Département Médecine
Pôle recherche – place de Verdun
59045 LILLE CEDEX

ACTION DE FORMATION (AUEC – CU – DIU - DU – FC) :
Intitulé de la Formation :

Quel est votre mode de financement :

☐ **Financement de l'action de formation à titre individuel**

Montant : €
Fait à , le Signature :

☐ **Financement de l'action de formation par un employeur ou un organisme :**

À remplir obligatoirement et lisiblement par l'organisme ou par l'employeur s'engageant à prendre charge les frais de formation

Nom et prénom du signataire :
Adresse mail du signataire :
Nom et prénom du stagiaire :
Adresse mail du stagiaire :

Je soussigné(e)……...
Agissant en qualité de……
Nom de l'Établissement :……
N° de SIRET complet (14 chiffres) :……
N°TVA intracommunautaire (UE) :……
Forme Juridique : Privé / Public (rayer la mention inutile)
Association n° d'inscription à la préfecture :
S'engage à régler l'inscription à l'action de formation souscrite au bénéfice de l'Université de Lille d'un montant de € paiement par virement bancaire dès réception de la facture (Préciser dans l'intitulé du virement, le nom et prénom du stagiaire, l'action de formation continue et le n° de la facture)

Adresse de convention :	Adresse de facturation (si différente) :
……	……
……	……
……	……
……	……

Correspondant : Nom : ……
Mail : ……
Tél : ……

NB : Facture adressée directement à l'organisme payeur.
-Une convention sera envoyée par mail au signataire et au stagiaire par l'intermédiaire d'une société spécialisée de signatures électroniques.
-En cas de non-retour de la convention signée dans les 30 jours après l'envoi de celle-ci, l'Université considérera le stagiaire comme non inscrit et mettra fin immédiatement à sa formation.
-En cas de modification de la situation du salarié (licenciement, démission), le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation au prorata des heures effectuées.
-Si prise en charge par un opérateur de compétence, merci de joindre le document de prise en charge.
-Si bon de commande, merci de le transmettre au plus vite.

Cachet de l'Établissement : Date : Signature du responsable : Signature du stagiaire :