

**BULLETIN D'INSCRIPTION EMPLOYEUR 2025**  
**Prévention et maîtrise du risque légionnelle en EMS**

**COORDONNEES DE L'EMPLOYEUR**

Etablissement : .....  
Adresse : .....  
Numéro de SIRET : .....  
Nom du Responsable formation : .....  
Téléphone : .....  
Mail:.....

**COORDONNEES DU OU DES STAGIAIRES A INSCRIRE**

| Nom de naissance | Nom marital | Prénom | Fonction | Téléphone | Mail |
|------------------|-------------|--------|----------|-----------|------|
|                  |             |        |          |           |      |
|                  |             |        |          |           |      |
|                  |             |        |          |           |      |
|                  |             |        |          |           |      |

**DATE DES SESSIONS** (Clôture des inscriptions un mois avant le début de la formation)

- ☐ 19 juin 2025  
☐ 2 octobre 2025  
☐ 4 décembre 2025

**COUT DE LA FORMATION** : 162€

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

- ☐ Par l'employeur \*  
(\*la facture sera envoyée aux coordonnées renseignées ci-dessus)

☐ Par l'OPCO / OPCA (en cas de subrogation) :  
Nom : .....  
Adresse : .....  
Numéro de SIRET : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

## STAGIAIRE(S) EN SITUATION DE HANDICAP

Le ou les stagiaires bénéficient d'une reconnaissance RQTH ? ☐ oui ☐ non

Le ou les stagiaires ont besoin d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique ?

☐ oui précisez le nom (le service formation continue prendra contact directement avec le stagiaire)

☐ non

### RECUEIL DES ATTENTES (merci de compléter les demandes d'informations ci-dessous)

Qui est à l'initiative de cette formation ? (Stagiaire, employeur...)

En tant qu'**employeur**, quels sont vos attentes/besoins vis-à-vis de cette formation ?

Autre(s) remarque(s)

→ Si vous n'avez pas d'attentes / besoins particuliers, merci de cocher cette case : ☐

En tant que **stagiaire**, quels sont vos attentes/besoins vis-à-vis de cette formation ?

Quels points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer dans cette formation ?

Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

Autre(s) remarque(s)

→ Si vous n'avez pas d'attentes / besoins particuliers, merci de cocher cette case : ☐

Je soussigné(e)..... agissant **en qualité de représentant\* légal ou en qualité de représentant\* de l'établissement** ou de l'entreprise cité(e) ci-dessus, m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies.  
(\*entourer le signataire concerné)

Date :

Signature de l'employeur  
(+cachet de l'établissement)