



**FACULTÉ  
DE MÉDECINE**  
JACQUES LISFRANC | SAINT-ÉTIENNE



Délégation Rhône Auvergne  
Service des Ressources Humaines  
Bureau de la Formation Permanente

## Fiche d'inscription « Intervenant »

# « Analyse d'image et nouvelles techniques D'imageries spécifiques »

*15èmes journées de formation du RCCM*

**Du 1er au 3 juin 2016 à Saint-Etienne, Faculté de Médecine**

*(La date limite d'inscription est fixée au 25 avril 2016)*

**Pour vous inscrire :**

**1 connectez-vous sur :**

<https://www.azur->

[colloque.fr/DR07/AzurInscription/?&iColId=119&NaiveForm\\_id=AzChoixColloque&btnAzurl=Inscription&lang=fr](https://www.azur-colloque.fr/DR07/AzurInscription/?&iColId=119&NaiveForm_id=AzChoixColloque&btnAzurl=Inscription&lang=fr)

**2 Merci de remplir ce document et le renvoyer**

**par mail à :** [isabelle.anselme.bertrand@univ-st-etienne.fr](mailto:isabelle.anselme.bertrand@univ-st-etienne.fr) **et en copie à** [nora.mallouk@univ-st-etienne.fr](mailto:nora.mallouk@univ-st-etienne.fr)

**Par courrier à :** À Isabelle Anselme- Bertrand et Nora Mallouk-Forges, Centre de Microscopie Electronique Stéphanois, Faculté de médecine, Pôle Santé innovations, 10, rue de la Marandière, BP 80019, 42270 Saint-Priest en Jarez. Tél : 04 77 42 14 34

**En tant qu'intervenant vos frais d'hébergement et de restauration seront pris en charge du 1er Juin midi au 03 Juin à midi.**

### RÉFÉRENCE DU DEMANDEUR (Coordonnées obligatoires)

M.  Mme  Melle NOM : .....

PRENOM :

.....

Email professionnel obligatoire :

.....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse personnelle :

Organisme :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (cochez et remplissez les cases correspondantes ci-dessous)

**JOURNEES DE FORMATION DU RCCM**

- Je réalise une présentation au cours de ces journées :  Oui

Titre de la présentation :

- Je participerai aux journées du  Mercredi 1er juin  Jeudi 2 juin  Vendredi 3 juin

**TRANSPORT**

- Jour d'arrivée :  Mardi 31 Mai  Mercredi 1er juin

Horaire d'arrivée :

- Jour de départ :  Vendredi 3 juin  Samedi 4 juin

Horaire de départ :

- Mode de transport utilisé : Voiture  Oui Train  Oui Avion  Oui

**HEBERGEMENT**

- Je réserve les nuits du  Mardi 31 Mai  Mercredi 1er juin  Jeudi 2 juin  Vendredi 3 juin

Type de couchage :  Chambre simple  ChambreTwin/Logement double

Des logements doubles type T2 / chambre Twin sont réservés avec des couchages séparés, merci de nous d'indiquer le nom de la personne avec qui vous souhaitez partager la chambre.

NOM : .....

PRENOM : .....

ORGANISME : .....

**REPAS**

Je participerai :

- Au panier repas du Mercredi 1er juin (midi)  Au repas-traiteur du Mercredi 1er juin (soir)
- Au repas au self du CHU du Jeudi 2 juin (midi)  Au diner au Musée d'Art Moderne du Jeudi 2 juin (soir)
- Au panier repas du Vendredi 3 juin (midi)

Fait à

le

Signature du demandeur

Signature du directeur d'unité/responsable de service