**Bulletin d’inscription 2024 Une image contenant Police, Graphique, logo, texte

Description générée automatiquement**

**Diététiciens-Nutritionnistes**

**Etat civil :**

**Nom :**  **Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Code Postal :** **Ville :**

❑ **Adresse professionnelle** ❑ **Adresse personnelle**

**Téléphone portable :**

**E-mail** **:**

**Vous êtes adhérent(e) d’une association, d’une Maison ou Pôle de Santé, CPTS ?** ❑ Oui ❑ Non

*Si oui, lequel ?* ……………….………………..…………………………….

**Statut / Mode d’exercice dominant (> 50%) :**

❑ Salarié(e) ❑ Libéral(e) ❑ Autre : ……………….……………

**Je m’inscris à la formation suivante :**

**Thème :**

**« Cancers digestifs, maladies digestives chroniques et dénutrition :**

**Prévention et prise en charge diététique dans le parcours de soins pluridisciplinaire »**

**Dates :**  **Lieu si en présentiel :**

**Financement :** ❑ FIF-PL ❑ Individuel

**Quelles sont les thématiques/pathologies et les profils de cas patients que vous souhaitez aborder en priorité** **?**

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

**Avez-vous des besoins spécifiques liés au handicap au regard des modalités pratiques de la formation ?** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Date : Signature :**

*Ces informations sont recueillies dans le but du traitement de votre inscription. Conformément aux lois «Informatique & Liberté» et «RGPD», vous pouvez exercer vos droits d’accès à vos données, de rectification, d’effacement, d’opposition, de limitation ou de portabilité en contactant le Pôle Formation Santé à* [*contact@pf-sante.fr*](mailto:contact@pf-sante.fr)*.*

**Document à retourner à DigesTeam Formation :**

Par courrier au 47 Rue de la Garde – 69005 Lyon

Par mail à [contactpro@digesteam.com](mailto:contactpro@digesteam.com)