

# Formulaire de candidature

## INITIATION À LA GESTION FINANCIÈRE À L'HÔPITAL



☐ Je souhaite m'inscrire à la session du 26 au 29 janvier 2026

☐ Je souhaite m'inscrire à la session du 26 au 28 mai 2026

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

E-mail (obligatoire) : .....

Fonction : .....

Corps de rattachement et profession : .....

Direction/Service : .....

Nom de l'établissement : .....

Statut juridique de l'établissement : ☐ Public ☐ Privé

N° de SIRET : ..... Code APE : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Nom et prénom de votre responsable formation : .....

Adresse de votre responsable formation (si différente de l'employeur)

Code postal : ..... Ville : .....

E-mail (obligatoire) : .....

Adresse de facturation (si différente de l'établissement) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Financier (si différent de l'employeur) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☐ J'accepte d'être informé(e) par e-mail des formations EHESP

|                       |                     |                               |
|-----------------------|---------------------|-------------------------------|
| Fait le               | le                  | le                            |
| Signature du candidat | Visa de l'employeur | Visa du responsable Formation |

### Tarifs

1365 € net, 3 jours

Formation prise en charge par le Ministère du travail, de la santé et des solidarités pour ses services centraux et pour les agents des ARS et de la Cohésion sociale (DREETS, DDETS)

### Pour vous inscrire,

scannez ou photocopiez ce bulletin d'inscription puis retournez-le dûment rempli par e-mail ou par courrier à :

[candidatureFC@ehesp.fr](mailto:candidatureFC@ehesp.fr) / Tél 02.99.02.25.00

École des hautes études en santé publique

Direction de la scolarité - Formation continue

15 Av. du Professeur-Léon-Bernard

CS 74312 - 35043 RENNES Cedex

1 fiche par stage et par personne

L'EHESP est organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 09162 35

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat

Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC N° 2371

Les personnes en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser par courriel à : [referent-handicap@ehesp.fr](mailto:referent-handicap@ehesp.fr)

### Modalités financières :

Dans le cas d'un **règlement par chèque**, merci de libeller et d'adresser indépendamment votre chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'EHESP, accompagné de la copie de la convention de formation.

Si le client peut bénéficier d'un financement par un tiers, il lui appartient de faire la demande de prise en charge avant le début de la formation et l'accord de financement doit être fourni avant la date de la formation. Le client doit s'assurer du suivi de cette demande et de la réalisation du paiement par le financeur.

La signature de ce bulletin vaut acceptation sans réserve des **conditions générales de vente** accessibles sur notre site internet ou notre catalogue en vigueur.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à DDFC – École des hautes études en santé publique, 15 avenue du Professeur-Léon-Bernard 35043 Rennes et/ou par email à [fc-communication@ehesp.fr](mailto:fc-communication@ehesp.fr)

Retrouvez toute l'offre de formation continue EHESP sur notre site  
[formation-continue.ehesp.fr](http://formation-continue.ehesp.fr)

# Questionnaire

## RECUEIL DES ATTENTES DU CANDIDAT



*Afin de nous assurer que cette formation réponde au mieux à vos attentes, nous aimerions en savoir plus sur vos objectifs.*

*Nous vous invitons à remplir le questionnaire et nous le retourner avec votre candidature.*

Nom : ..... Prénom : .....  
Formation choisie : .....

### 1 - Suivez-vous cette formation

- ☐ à votre initiative
- ☐ à l'initiative de votre employeur
- ☐ dans une démarche de co-construction avec votre employeur

### 2 - Quel est votre objectif en suivant cette formation ?

- ☐ être sensibilisé sur le thème traité
- ☐ renforcer mon expertise
- ☐ réaliser de nouvelles activités / diversifier mes missions
- ☐ faire évoluer mes pratiques professionnelles
- ☐ évoluer vers un(e) autre poste / fonction
- ☐ autre (préciser) .....

### 3 - Quels sont les points clés du programme que vous souhaitez voir abordés en priorité ?

.....

.....

.....

.....

.....

### 4 - A la fin de la formation, vous serez satisfait si

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le .....  
Signature du candidat