

# JOURNEES ANDEP

**Bulletin d'inscription aux XXVIèmes journées d’études**

**REGARD CROISÉS SUR L’INTELLIGENCE ARTIFICELLE DANS LES INSTITUTS DE FORMATION : point d’étape et perspectives**

### Jeudi 28 mars et vendredi 29 mars 2024

Formation s’adressant aux directeurs d’Institut de Formation (public/privé), aux cadres supérieurs de santé, et aux formateurs, coordinateurs pédagogiques, en activité ou retraités

Organisée par l’Association Nationale des Directeurs d’Ecole Paramédicale- ANdEP-

Association loi 1901 – n° de Siret : 539 715 409 00014 - n° de déclaration d’activité : 75190092119 (organisme de formation non assujetti à la TVA)

L’ANdEP dispose d’une certification Qualiopi valide jusqu’au 27/02/2025

Siège social : IFSI Centre hospitalier, 2 avenue du Docteur Roullet, 19200 USSEL

**Pour vous inscrire** :

* + Envoyer un bulletin par personne,
* **la lettre d'engagement financière de votre Institution** : l’inscription sera validée à réception de la convention de formation signée adressée à l’établissement dès l’envoi de ce bulletin
  + ou pour les individuels, un chèque à l’ordre de l’ANDEP,

à l’adresse suivante

**ANDEP**

**Florence GIRARD**

**IFSI du Centre Hospitalier 2 avenue du Docteur Roullet**

**19200 USSEL**

**Courriel :** [**f.girard@ch-ussel.fr**](mailto:f.girard@ch-ussel.fr)

*N° de Siret : 539 715 409 00014*

*N° de déclaration d’activité : 75190092119*

##### IDENTITÉ DU PARTICIPANT

Civilité : Madame  Monsieur 

NOM : ……………………………………………….Prénom : ………………………………………

Tel. professionnel : …. /…. /…. /…. /…. Tel Portable :…… /………/………/………/………

#### E. mail (merci de l’inscrire distinctement) : indispensable

……………………………………………………… @..........................................................…………….

##### CONTEXTE PROFESSIONNEL

Dénomination de l’établissement de formation :

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

Fonction : Directeur d’Ecole paramédicale □ Coordonnateur d’instituts □

Cadre supérieur de santé □

Coordonnateur pédagogique □

Retraité ( e) □

Adresse **professionnelle** :

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#### Nom et adresse de la personne chargée de la facturation : INDISPENSABLE

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Tel du **service de facturation** : …. …../………/……../……../……..

**E.mail** de la personne référente pour la facturation **(indispensable)**

……………………………………………….…..@.................................................................…………

##### 3 PARTICIPATION AUX JOURNÉES

Prise en charge : personnelle  Institutionnelle 

**DROITS D'INSCRIPTION :**

#### Non Adhérents : 800 euros pour les deux jours repas compris □

**Adhérents : 650 euros pour les deux jours avec le repas □**

#### Tout participant pour une seule journée : 500 € □

#### Retraités adhérents : 400 euros pour les deux jours □

□

**LE TARIF ADHERENT SERA APPLIQUE SOUS RESERVE DE L’ACQUITTEMENT DE LA COTISATION DE L’ADHESION AU MOMENT DE L’INSCRIPTION, POUR L’ANNEE CIVILE 2024.**

**ATTESTATION DE PRESENCE :**

Les certificats de présence seront envoyés à l’issue des journées. L’attestation de présence sera également envoyée à votre employeur avec la facture.

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION** : **Le 18 mars 2024**

**CONDITIONS D'ANNULATION :**

#### Après cette date, une somme de 50% sera facturée pour compenser les dépenses engagées. En cas d’absence lors des journées de formation, la totalité du coût restera due.