

FORMATION SUR SITE HSM

FORMATION EXTÉRIEURE

DATE(S) :

Nom du demandeur	Fonction	Téléphone	Email
Nom de l'institution	Adresse		Fax

Intitulé de la formation		Nb de personnes
Noms des formateurs	Impressions des formateurs	
		JUSTICE
		Magistrats :
		CPIP :
		Psy :
		PEP :
		SPIP :
		Étud. /Stagiaire :
		SANTÉ
		Médecin :
		IDE :
		Psychologue :
		Étud. /Stagiaire :
		ÉDUCATIF
		Éduc :
		PJJ :
		ASE :
		AUTRES (préciser)
Évaluation effectuée auprès des personnes		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Satisfaction globale au regard des évaluations		<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NÉGATIVE
Observations :		