

## REPONSE DE MOTIVATION POUR ETRE ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

NOM DE L'ETABLISSEMENT .....  
Personne à contacter .....  
Coordonnées téléphoniques .....

### 1. Engagement à être établissement d'accueil :

#### 1.1 Choix du type de contrat d'apprentissage et du nombre d'apprentis

##### INFIRMIER (3 ANS MAXIMUM)

1 <sup>ère</sup> année	<input type="checkbox"/>	Nombre d'apprentis : .....
2 <sup>ème</sup> année	<input type="checkbox"/>	Nombre d'apprentis : .....
3 <sup>ème</sup> année	<input type="checkbox"/>	Nombre d'apprentis : .....

Maître(s) d'apprentissage (attention un maître d'apprentissage ne peut encadrer que deux apprentis) .....

Service(s) .....

##### MASTER PROFESSIONNEL GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (1 AN) PARCOURS MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO- SOCIAUX

Maître d'apprentissage .....

Mission(s) proposée(s) .....

##### MASTER PROFESSIONNEL DROIT DES ENTREPRISES DE SANTE (1 AN) PARCOURS DROIT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE OU PARCOURS PHARMACEUTIQUE

Maître d'apprentissage .....

Mission(s) proposée(s) .....

#### 1.2 Hébergement

Possibilité d'hébergement (pour les établissements éloignés de Montpellier)

Oui  Non

2. Ne souhaite pas prendre d'apprenti cette année

A RETOURNER AU PLUS TARD LE 30 JUILLET 2009

PAR FAX AU 04.67.64.39.64

cfa-hp@fhp-lr.com