**FORMULAIRE D’INSCRIPTION FORMATION COURTE DUREE**

**En analyse et la Gestion des Risques Professionnels en projet de santé**

NOM :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

FONCTION :

INSTITUTION D'APPARTENANCE :

TELEPHONE :

EMAIL :

**Remplir le formulaire et l’envoyer aux adresses suivante :**

**cea-agir@ucad.edu.sn****:**

**avec la mention Formation Courte durée En analyse et la Gestion des Risques Professionnels**