



# BULLETIN D'INSCRIPTION 2022-2023

## Dispositif de formation à distance des enseignants des conservatoires (Chant-Flûte-Violon/Alto)

A retourner à [fad.insetnancy@cnfpt.fr](mailto:fad.insetnancy@cnfpt.fr) avec CV et lettre de motivation.  
Contact : Claudette GUERY - INSTITUT NATIONAL SPECIALISE D'ETUDES TERRITORIALES, 1 BLD D'AUSTRASIE, CS 20442, 54000 NANCY

- Formation de professionnalisation au 1<sup>er</sup> emploi
- Formation de professionnalisation tout au long de la carrière professionnelle
- Formation de professionnalisation lors d'une prise de poste à responsabilité
- Formation de perfectionnement

Titre du stage : **Dispositif de formation à distance des enseignants des conservatoires (Chant-Flûte-Violon/Alto)**  
Structure organisatrice : **INSET de Nancy** Code du stage : **INSMI 001**  
Date(s) : **Du 17 octobre 2022 au 4 juillet 2023 (33 semaines dont 7 jours en présentiel et le reste à distance)**  
Nom du conseiller formation : **Anne Laure EXBRAYAT**

M.       Mme      Nom d'usage :  
Nom de naissance :      Prénom :      Date de naissance :  
Adresse personnelle :  
Code postal :      Ville :      Pays :  
Tél. mobile :      Tél. personnel :      Tél. professionnel :  
Adresse courriel :  
Niveau de diplôme :

### SITUATION ADMINISTRATIVE DU STAGIAIRE

Collectivité :      Lieu de travail (résidence administrative) :  
Adresse :  
Code postal :      Ville :  
Fonction :      Service :  
 Titulaire ou stagiaire       Contractuel de droit public       Contrat aidé  
 Emploi d'avenir       Contractuel de droit privé       Hors FPT, préciser :  
 Grade :      Date d'entrée dans ce grade :  
Catégorie :  A       B       C  
Date d'entrée dans la fonction publique territoriale :  
Nom et courriel du responsable hiérarchique :

### PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE FORMATION DE LA COLLECTIVITE

Nom de la collectivité :      Responsable formation :  
N° SIRET - *renseignement obligatoire* :      \_\_\_\_\_  
Adresse :  
Code postal :      Ville :  
Tél. :      Poste :      Fax :  
Courriel :

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent, merci de cocher, le cas échéant, si des aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires :

**PAR LA PRÉSENTE, L'AGENT ET L'AUTORITÉ TERRITORIALE CONFIRMENT LEUR ACCORD SUR LE CHOIX ET LES MODALITES DE L'ACTION DE FORMATION AINSI QUE POUR LE SUIVI DE LA TOTALITE DES ENSEIGNEMENTS DU CYCLE.**

<b>Le.la stagiaire</b> <i>Date et signature :</i>	<b>Le.la responsable hiérarchique</b> <i>Nom, prénom :</i>  <i>Date et signature :</i>	<b>L'autorité territoriale</b> <i>Nom de la collectivité :</i>  <i>Nom, prénom du signataire :</i>  <i>Qualité du signataire :</i>  <i>Date :</i> <i>Signature et cachet de la collectivité :</i>
--	---	---