

Formulaire d'inscription :

Formation 10 gestes complémentaire aux actes et activités mentionnés à l'article R.4311-11-1 du code de la santé publique.

STAGIAIRE

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Etablissement :

Fonction : Service :

Adresse personnelle :
.....
.....

Téléphone du stagiaire : E-mail du stagiaire :

Les attestations de formation et de présence vous seront transmises uniquement par mail.**Joindre au formulaire d'inscription la photocopie de l'attestation de l'autorisation provisoire d'exercer les actes et activités liés à l'article R.4311-11-1 du CSP, reçue de la DREETS, une copie de votre pièce d'identité.**Session de février 2027 Session de septembre 2027 **ETABLISSEMENT : Public/Privé ou Association**

Désignation :

Adresse professionnelle :
.....
.....**MODALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :** Par le stagiaire lui-même Par un organisme (Précisez _____) Par l'employeur :**Responsable de formation et prise en charge financière :**

Nom : Prénom :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Date et visa de l'Etablissement :
Coût de la formation : 1850.00€

Les inscriptions sont traitées dans l'ordre d'arrivée et dans la limite des 25 places disponibles. Elles seront prises en compte uniquement si l'attestation d'autorisation provisoire est jointe au formulaire d'inscription. Au-delà des places disponibles, il pourra vous être proposé, une inscription à une prochaine session.

Si le nombre des inscriptions est insuffisant, la formation peut être reportée ou annulée.

Une convention sera établie avant le début de formation. A l'issue de la formation, une facture sera adressée.