



CENTRE HOSPITALIER
CARCASSONNE



Formulaire d'inscription

Candidat :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Département : _____

Email (impératif pour information et convocation): _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____

Fonction : _____

Intitulé de la formation demandée :

Formation 1^{er} Secours

Dates de session :

Prise en charge financière : Employeur Autofinancement

Etablissement / Société : _____

N° SIRET : _____

Email : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Signataire de la Convention (Nom, Prénom, Fonction):

Adaptation spécifique de la formation:

Si vous êtes porteur d'un handicap, merci de bien vouloir nous le signaler afin de pouvoir mettre en œuvre les dispositions nécessaires à votre accueil :

Renseignements du CESU 11 :

Formation 1^{er} Secours : 3 heures de formation. Coût par personne **20€ TTC**

Nous vous confirmerons par mail votre inscription et vous recevrez une convocation avec tous les renseignements nécessaires.

Bulletin à renvoyer à : cesu11@ch-carcassonne.fr