

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 aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente

Date :

Joindre une copie du dernier AFGSU

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 aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente : 3 jours de formation. Coût par personne **450€ 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