



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### FORMATION AUX ACTES PROFESSIONNELS POUVANT ETRE ACCOMPLIS PAR DES AMBULANCIERS DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

Les **02, 03 et 04 octobre 2024**

De **8 h 30 à 16 h 30**

LIEU : **IFA - 1146 avenue du Père Soulas - 34295 MONTPELLIER CEDEX 5**

Prix inscription : **412 € pour 21 h soit 19,62 € par heure**

#### PARTICIPANT

NOM : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

N° RPPS \* ou N° ADELI \*\* : .....

Adresse d'exercice principal : .....

.....

Tél : ..... E-mail (obligatoire) : .....

AFGSU n° : ..... Date de délivrance : ..... CESU : .....

Si AFGSU de moins de 4 ans, souhaitez-vous effectuer un recyclage ?  OUI/ NON

Votre entrée à cette formation nécessite-t-elle de prévoir un aménagement particulier ?  OUI/ NON

Vous pouvez être mis en relation avec notre référent handicap si vous le souhaitez.

#### Pièces à fournir **obligatoirement** :

- Diplôme d'Etat d'Ambulancier
- AFGSU 2
- Pièce d'identité (en cours de validité)

\* N° RPPS pour les médecins et sages-femmes

\*\* N° ADELI pour les professionnels de santé : professions paramédicales, de l'appareillage et du domaine social

#### OBJECTIFS DE LA FORMATION

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ?  OUI/ NON

Commentaires : .....

#### PRISE EN CHARGE

INDIVIDUELLE :

(Paiement par chèque joint obligatoirement au Bulletin d'Inscription à l'ordre de « TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44 »)

ETABLISSEMENT :  PUBLIC  PRIVE

CONVENTION DE FORMATION : OUI  NON

(Précisez la personne habilitée à signer la convention).....

#### ETABLISSEMENT

N° SIRET : .....

Code Service \* : .....

Numéro engagement \* : .....

\* uniquement pour les établissements publics

Adresse de Facturation (à qui sera adressée la facture) : .....

.....

Nom Etablissement : .....

Nom-Prénom : .....

Tel : ..... E-mail : .....

Responsable de la formation (à qui seront adressées les conventions de formation)

Nom-Prénom.....

Tél : ..... E-mail : .....

Fait à ..... Le.....

Signature du responsable formation