



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA FORMATION

Institut de Formation des Ambulanciers

Instituts de Formation aux Métiers de la Santé

1146 avenue du Père Soulas – 34295 MONTPELLIER CEDEX 5

N° d'agrément 9134PO83334

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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

Les **30/09, 01/10 et 02/10/2026**

De **8 h 30 à 16 h 30**

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

Prix inscription : **434 € pour 21 h soit 20,66 € par heure**

PARTICIPANT

NOM : NOM DE NAISSANCE :

Prénom : Date de naissance :

Profession :

Adresse d'exercice principal :

Tél (obligatoire) : 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)

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 uniquement à l'ordre de « TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44 »)

☐ ETABLISSEMENT : ☐ PUBLIC ☐ PRIVÉ

(Paiement par chèque à l'ordre de « TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44 » ou à réception de l'avis de sommes à payer émis par le Trésor Public)

ETABLISSEMENT

N° SIRET : Code APE :

Code Service * : Numéro engagement * :

* uniquement pour les établissements publics

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

Nom de l'établissement :

Nom-Prénom du représentant :

Tel : E-mail :

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

Nom-Prénom :

Tél : E-mail :

Fait à Le

Signature et cachet de l'établissement