



CENTRE  
HOSPITALIER  
DEPARTEMENTAL  
BISCHWILLER

INSTITUT DE FORMATION

## FICHE D'INSCRIPTION

### FORMATION aux GESTES et SOINS d'URGENCE Niveau 1 (AFGSU Niveau 1)

Sessions  du 19 - 26 janvier 2017  
 du 20 - 21 novembre 2017

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM Marital : .....

ETAT CIVIL :  célibataire,  marié(e),  en situation maritale,  divorcé(e)

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : Code Poste : ..... Ville : ..... Pays : .....

NATIONALITÉ : .....

ADRESSE : .....

.....

N° de TELEPHONE : fixe : ..... portable .....

E-mail : .....

N° de SECURITE SOCIALE : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence : Nom : ..... Prénom : .....  
Filiation : Père  Mère  Frère/Sœur  Conjoint  Ami   
Téléphone : .....

**(Veuillez retourner la feuille et la compléter)**

**SITUATION ACTUELLE :**

**Activité salariée :**

Nom de l'Établissement : .....

Nom du Directeur de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

.....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : .....

Service d'affectation : .....

Nom du Cadre ou IDE Référent .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....

Nature du contrat :  Titulaire de la Fonction Publique : .....

CDI date d'embauche : .....

CDD date de fin : .....

CAE/CUI date de fin : .....

Autres précisez : .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION**

**Organisme** (OPCA, autres... ) indiquer le Nom : .....

**Employeur** indiquer le Nom : .....

Je demande à être inscrit(e) pour suivre la formation d'urgence en structure médico-sociale.

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A ....., le .....

Signature,