



C E N T R E
H O S P I T A L I E R
D E P A R T E M E N T A L
B I S C H W I L L E R

INSTITUT DE FORMATION

FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION aux GESTES et SOINS d'URGENCE Niveau 2 (AFGSU niveau 2)

Sessions ☐ du 07 - 14 - 21 mars 2017
☐ du 09 - 10 - 20 octobre 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 :

DATE d'OBTENTION du DIPLÔME : ☐ I.D.E. :
☐ A.S. :
☐ A.M.P. :

DATE d'OBTENTION de l'ATTESTATION AFGSU niveau 2 :

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'Etablissement :

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,