

  Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence	BULLETIN D'INSCRIPTION N°ACTIVITE : 82 01 P0918 01	Cadre réservé au CESU : Convention HE : ____/____/____ Convention ETS : ____/____/____ FIFPL : ____/____/____
MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT PAR INFORMATIQUE	SECRETARIAT CESU 01 CH DE BOURG EN BRESSE 900 rte de Paris - CS 90401 01012 BOURG EN BRESSE CEDEX 04-74-45-46-27 cesu01@ch-bourg01.fr	Attestation : ____/____/____ ASAP Mail le : ____/____/____

FORMATION	
DATE(S)	

INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Titre	☐ M. ☐ Mme	
Nom		Nom de naissance
Prénom		
Date naissance		Lieu de naissance
Profession		Exercice libéral : oui ☐

* INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FINANCEMENT PERSONNEL

*Adresse :		*C.Postal :		*Commune :	
* Téléphone					
* Mail					

- ***Pour les professionnels libéraux : merci de joindre une attestation d'inscription à l'ordre de votre profession***
- ***Pour les professionnels finançant eux-même leur formation : joindre votre diplôme professionnel***

INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR (si prise en charge par l'employeur)

Établissement			
Adresse :		C.Postal	
		Commune :	
RESPONSABLE (signataire de la convention) :	☐ M. ☐ Mme		
Nom - Prénom		Grade :	
Téléphone		Mail	

FACTURATION DE LA FORMATION



ATTENTION : PAS SUBROGATION POSSIBLE AVEC LES OPCO (hors ANFH)

INFORMATIONS CONCERNANT

LE SERVICE QUI GERE LE REGLEMENT DE LA FORMATION

(envoi dématérialisé des documents)

Ne concerne pas les établissements publics

Nom de la personne destinataire :

Téléphone :

Adresse mail pour l'envoi de la facture
(+ documents nécessaires pour prise en charge
financière)

Pour les établissements publics :

Code service CHORUS

Numéro d'engagement

SIRET

DATE ET VISA DE L ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

(Obligatoire pour validation de l'inscription du stagiaire dont la formation est prise en charge par l'établissement)