

  <p>Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence</p>	<h2 style="text-align: center;">BULLETIN D'INSCRIPTION</h2> <p style="text-align: center;"><b>N°ACTIVITE : 82 01 P0918 01</b></p>	<p><b>Cadre réservé au CESA :</b></p> <p>Convention HE : ____/____/____</p> <p>Convention ETS : ____/____/____</p> <p>FIFPL : ____/____/____</p>
<p style="text-align: center; background-color: yellow;"><b>MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT PAR INFORMATIQUE</b></p>	<p style="text-align: center;">SECRETARIAT CESA 01 CH DE BOURG EN BRESSE 900 rte de Paris - CS 90401 01012 BOURG EN BRESSE CEDEX 04-74-45-46-27 <a href="mailto:cesu01@ch-bourg01.fr">cesu01@ch-bourg01.fr</a></p>	<p>Attestation : ____/____/____</p> <p>ASAP Mail le : ____/____/____</p>

FORMATION	<input style="width: 85%;" type="text"/>
DATE(S)	<input style="width: 85%;" type="text"/>

### INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Titre	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme		
Nom	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom de naissance	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Date naissance	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Lieu de naissance	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Profession	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Exercice libéral :	oui <input type="checkbox"/>

Le bénéficiaire est-il en situation de handicap nécessitant une adaptation de la formation ?

☐ oui    ☐ non

Si oui, nous vous contacterons dans le cadre de l'organisation de la formation.

### INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FINANCEMENT PERSONNEL

*Adresse :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*C.Postal	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*Commune	<input style="width: 100%;" type="text"/>
* Téléphone	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
* Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

- 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	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
SIRET (obligatoire)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	C.Postal	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Commune :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
RESPONSABLE (signataire de la convention) :	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme		
Nom - Prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Grade :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>

# 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

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)