

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

(Numéro d'Agrément 25140189414)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CESU Afin de valider votre inscription

Merci de compléter ce formulaire et de nous l'adresser (par mail ou par courrier postal).

Nous contacter pour définir la date de la formation souhaitée :

--

Inscription participant :

NOM DE NAISSANCE* :	
NOM D'USAGE :	
Prénom(s)* :	
Date de naissance* :	
Ville de naissance* :	
Département de naissance* : (Pays si hors France)	
Téléphone :	
E-mail de contact*:	
Joindre à la fiche d'inscription :	
- pour une inscription en formation initiale AFGSU : photocopie du diplôme professionnel	
- pour une inscription en recyclage AFGSU : la photocopie de la dernière formation AFGSU (initiale ou de recyclage)	

Adresse de facturation :

Nom de l'établissement* :	
Adresse* :	
Code postal* :	
Ville* :	
Nom du responsable* :	
Téléphone et/ou mail* :	
N° FINESS (établissement)* :	
N° engagement CHORUS :	
Date de demande* :	
Signature* :	

* Réponses obligatoires, tout document incomplètement rempli ne pourra donner lieu à inscription.

Merci de nous contacter le plus tôt possible en cas de désistement ou de modification.