

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 :

Formation et Date(s) souhaitée(s) :

Inscription participant :

NOM DE NAISSANCE* :	
NOM D'USAGE :	
Prénom(s)* :	
Date de naissance* :	
Ville de naissance* :	
Département de naissance* : (Pays si hors France)	
Emploi :	
Téléphone :	
E-mail de contact *:	
N° de diplôme (réinscription)	
Joindre à la fiche d'inscription : - pour une inscription en formation initiale AFGSU de niveau 2 : photocopie du diplôme professionnel (Pour les personnes en VAE du DEAES : la décision de recevabilité de la VAE) - pour une inscription en recyclage AFGSU de niveau 1 ou 2 : la photocopie de la dernière formation AFGSU (Initiale ou de recyclage)	

FINANCEUR :

Nom du financeur* :	
Adresse *:	
Code postal *:	
Ville *:	
Téléphone et mail *:	
Date de demande :	
Signature du financeur et tampon* :	

* Réponse obligatoire, 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.

Secrétariat : lundi - mardi - jeudi - vendredi de 08h30 à 16h00 ☎ 02 31 06 34 14 secretariat-cesu@chu-caen.fr