

FORMATION COMPLEMENTAIRE (21h) DE L'EXERCICE DES ACTES PROFESSIONNELS

du 1b de l'article R.4311-11-1 du code de la santé publique

POUR LES IDE AU BLOC OPERATOIRE

➤ **STAGIAIRE :**

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Téléphone personnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse mail : _____

Fonction : _____

➤ **PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (CNI, Passeport)
- ☐ Photocopie du diplôme d'état d'infirmier(e)
- ☐ Attestation de l'employeur justifiant d'une affectation au bloc opératoire à la date de la demande
- ☐ Autorisation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnées à l'article R4311-11-1 du CSP délivrée par le Préfet de Région

➤ **CALENDRIER : cocher la session choisie**

☐ Session le 30 et 31 Mars et 2 avril 2026

☐ Session le 16, 17 et 23 novembre 2026

➤ **COUT DE LA FORMATION – 1 000 € par stagiaire**

Financement par l'employeur ou OPCO.

➤ **EMPLOYEUR ou OPCO : (obligatoire)**

Nom (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Téléphone professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| (à remplir impérativement)

Correspondant de formation continue de l'établissement : _____

Adresse mail: _____ Téléphone : _____

NB : L'école d'IBODE se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant et en fonction des conditions sanitaires.