

FORMATION COMPLEMENTAIRE (4h) 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 du 2 Février 2026
- ☐ Session du 10 Mars 2026
- ☐ Session du 8 Avril 2026
- ☐ Session du 6 Octobre 2026

➤ **COUT DE LA FORMATION – 300 € 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.