

Bulletin d'inscription

à une formation « inter » sanitaire et sociale



Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale Limousin Poitou-Charentes

Centre Régional de Formation Professionnelle

SANITAIRE
& SOCIAL

ETABLISSEMENT _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél. : _____ Fax _____

N° Siret : _____

Nom du Responsable _____

Mail : _____ @ _____

Intitulé de la Formation : _____

Date : _____

Durée (en jours) :

Lieu :

Coût global :

Participant

Nom : _____ Nom de naissance (si différent du nom) _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Poste occupé : _____

Adresse d'exercice principal (si différente établissement): _____

Mail : _____ @ _____

Vous souhaitez réaliser cette formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu

Merci de renseigner les champs suivants **si la formation demandée est éligible uniquement**:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> aide-soignant | <input type="checkbox"/> manipulateur d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> pédicure-podologue |
| <input type="checkbox"/> audioprothésiste | <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> pharmacien |
| <input type="checkbox"/> auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> médecin | <input type="checkbox"/> préparateur en pharmacie |
| <input type="checkbox"/> chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> opticien lunetier | <input type="checkbox"/> prothésiste |
| <input type="checkbox"/> diététicien | <input type="checkbox"/> orthésiste | <input type="checkbox"/> psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> ergothérapeute | <input type="checkbox"/> orthophoniste | <input type="checkbox"/> sage-femme |
| <input type="checkbox"/> infirmier | <input type="checkbox"/> orthoptiste | <input type="checkbox"/> technicien de laboratoire médical |

Mode d'exercice dominant (> 50%) :

- salarié
- libéral
- mixte
- service de santé des armées

Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : _____ ou N° ADELI : _____

Modalité de prise en charge

- Prise en charge individuelle
- Prise en charge employeur
- Prise en charge OPCA (Préciser nom et adresse) :

Facture à adresser

Nom _____

Adresse (si différente établissement)

Code Postal _____

Ville _____

Bon pour accord de l'intéressé(e) *(Obligatoire si prise en charge individuelle)*

Bon pour accord de l'établissement *(Obligatoire si prise en charge)*

Signature et cachet de l'établissement

Date :

CRFP Limousin

25 rue Sismondi 87000 LIMOGES
Tél. : 05 87 75 32 12 / Fax : 05 87 75 32 59
@: crfp.limousin@croix-rouge.fr
Organisme DPC numéro 1274
Numéro de déclaration d'activité : 74 87 01 095 87

CRFP Poitou-Charentes

18/22 Boulevard Jeanne D'arc 86000 Poitiers
Tél.: 05 49 50 77 31
@: crfp.poitou-charentes@croix-rouge.fr
Organisme DPC numéro 1852
Numéro de déclaration d'activité : 54 75 011 08 86

croix-rouge française

