



235, rue de l'Isle - BP 10040 - 73500 Modane - Tél. 04 79 05 18 33 - Fax 04 79 05 25 38
E-mail : c.albaron@croix-rouge.fr- Site web : albaron.croix-rouge.fr

FORMATION INITIALE DES RESPONSABLES TERRITORIAUX OU REGIONAUX D'ACTIVITE ET ADJOINTS

En 2017 : 23 au 25 février, 1er au 03 juin, 27 au 29 juillet ou 23 au 25 novembre

*Pour les participants au titre d'une DTUS, chaque session ci-dessus sera immédiatement suivie de 3 jours plus spécifiques Urgence et Secourisme (26-28 fév, 4-6 juin, 30 juillet-1er août, 26-28 nov.).
Pour les participants au titre de RTSP, chaque session ci dessus sera immédiatement suivie d'une journée plus spécifique Soutien Psychologique (26 fév, 4 juin, 30 juillet, 26 nov.).*

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-dessous les premiers renseignements sur votre formation, ainsi qu'un dossier d'inscription que vous voudrez bien nous retourner dûment complété afin d'être inscrit à la formation :

Les frais (formation + pension complète) sont pris en charge par la Direction nationale de tutelle après accord de celle-ci.

La Croix-Rouge française est habilitée à signer une convention avec votre entreprise dans le cadre de la Formation Professionnelle.

Pour bénéficier de cette mesure, **consultez votre employeur**. Une convention établie par nos soins lui parviendra. Au cours de la formation seront établis le certificat de présence et la facture. Merci de bien vouloir nous consulter pour tout devis ou convention de formation.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous faire connaître votre décision le plus tôt possible. Vous pouvez arriver la veille de la formation (avant 20 heures).

La session débutera à **8h30** et la formation se terminera aux alentours de 14 heures le dernier jour. Selon la saison, merci de vous munir pour cette session au minimum d'un « haut » de tenue Croix-Rouge : gilet multi poches, polo, veste ou parka selon la saison.

Nous vous ferons parvenir également d'autres documents avant votre venue en formation. Merci donc de nous indiquer dans le dossier d'inscription, une adresse mail que vous consultez afin que nous puissions faire cet envoi.

Vous pouvez être accompagné(e), la région offrant des possibilités de visites.

Dans l'attente de vous recevoir, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

LA DIRECTRICE
B. MARGUERON



235, rue de l'Isle - BP 10040 - 73500 Modane - Tél. 04 79 05 18 33 - Fax 04 79 05 25 38
E-mail : c.albaron@croix-rouge.fr- Site web : albaron.croix-rouge.fr

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DU CENTRE :

<i>Arrivée</i>	<i>Acompte</i>
----------------	----------------

A retourner **dernier délai** 15 jours avant le début de la formation avec :

- 1 photo récente

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION
FORMATION INITIALE DES RESPONSABLES
TERRITORIAUX OU REGIONAUX D'ACTIVITE ET ADJOINTS**

SESSION DU : / AU : / / 2017

Arrivée prévue le : à H en train en voiture

N° NIVOL: **Civilité:** Mme Mr

Nom d'usage : **Nom de naissance :**

Prénoms :

Date de naissance: / /19..... **Lieu :** **Dépt :**

Pays de naissance : **Nationalité**

Adresse exacte et complète :

Code Postal : **Ville :** **Pays :**

Tél fixe : **Portable :**

E-mail régulièrement consultée :

Personne à prévenir en cas d'accident

NOM, Prénom :

Tél. :

FORMATION PROFESSIONNELLE (à remplir par l'employeur)

Je soussigné, (titre et qualité)

Raison sociale de l'employeur

Sollicite l'inscription de M

Dans le cadre de la formation professionnelle continue (incidence à l'application de la loi N° 71.575 du 16 Juillet 1971) et m'engage à honorer la facture établie par la Croix-Rouge française, organisme formateur.

CACHET ET SIGNATURE
DE
L'EMPLOYEUR



235, rue de l'Isle - BP 10040 - 73500 Modane - Tél. 04 79 05 18 33 - Fax 04 79 05 25 38
E-mail : c.albaron@croix-rouge.fr- Site web : albaron.croix-rouge.fr

Merci de nous indiquer à qui doivent être facturés les frais annexes à cette formation

(Arrivée de la veille repas, nuit et petit déjeuner ...) :

DT D.R. autre (précisez) :

Attention : sans précisions, ces frais seront systématiquement facturés à la DT

Merci de **cocher l'activité** au titre de laquelle vous participez à cette session et de nous indiquer si vous **participez aux journées spécifiques** qui suivent cette formation initiale de responsables d'activité et adjoints FIRTRA

Soutien psychologique

- o Participez-vous à la journée spécifique RTSP à la suite de la FIRTRA ?

OUI NON

Urgence et secourisme

- o Participez-vous aux 3 journées spécifiques DTUS à la suite de la FIRTRA ?

OUI NON

Communication et Développement des Ressources

Jeunesse

Action sociale.

Afin que l'inscription soit validée, les accords ci-dessous sont nécessaires :

Le (la) président(e) de la Délégation Régionale ou Délégation Départementale

Nom, Signature **et** cachet indispensables

Aptitude médicale :

Je certifie sur l'honneur ne présenter aucune contre-indication d'ordre médical à communiquer à la Croix-Rouge française qui pourrait entraver le plein exercice des activités liées à cette formation.

J'atteste avoir été vacciné contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et avoir été informé qu'il était recommandé un rappel tous les 20 ans (tous les 10 ans à compter de 65 ans) ainsi qu'une vaccination contre l'hépatite B pour les secouristes. A défaut d'être à jour de mes vaccinations, je m'engage à en informer le médecin référent de la Croix-Rouge française, soit directement, soit par l'intermédiaire de mon médecin.

Date :

Signature du participant :