



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

Co-animation formation « Pédagogie Appliquée à l'Emploi de Formateur aux Premiers Secours »

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande, nous vous informons qu'il nous est possible de vous accueillir en tant qu'instructeur durant une session de PAE PS en vue de validation "Formateur de Formateurs PSE" si le nombre de personnes inscrites nous permet de maintenir la session.

Nous vous joignons une fiche d'inscription que vous voudrez bien remplir et nous retourner dans les meilleurs délais, avec:

- Copie de vos diplômes
 - PAE Formateur PS à jour de formation continue 2016
 - PAE Formateur de formateurs à jour de formation continue 2016.

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

Pour bénéficier de cette mesure, **consultez votre employeur.**

Une convention établie en double exemplaire par nos soins lui parviendra pour signature. Au cours de la formation seront établis le certificat de présence et la facture.

Votre inscription peut également se faire à titre individuel.

Merci de bien vouloir nous consulter pour tout devis ou demande de tarif.

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 impérativement).

La formation commence à 9 heures le matin du premier jour et se termine aux alentours de 18 heures.

Vous pouvez être accompagné, 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** 1 mois avant le début de la formation avec :
 Copie de vos diplômes
 ○ PAE Formateur PS et PAE Formateur de formateurs à jour de FC 2016
Ecrire lisiblement en capitale d'imprimerie.

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION
 Co-encadrement formation « Pédagogie Appliquée à
 l'Emploi de Formateur aux Premiers Secours »
 pour validation F de F PSE

SESSION DU : / AU : / / 2017

Arrivée prévue le à H ○ en train ○ en voiture

N° NIVOL (*résumé CRF*) : Civilité: ○ Mme ○ Mr
 Nom d'usage : Nom de naissance :
 Prénoms:

Date de naissance : / /19..... à : Dépt :
 Pays de naissance : Nationalité :
 Adresse exacte et complète :

 Code Postal : Ville : Pays :
 Tél
 E-mail :

Personne à prévenir en cas d'accident

NOM, Prénom :
 Tél. journée : Tél soirée :

<p>FORMATION PROFESSIONNELLE (à remplir par l'employeur)</p> <p>Je soussigné, (titre et qualité)</p> <p>Raison sociale de l'employeur</p> <p>Sollicite l'inscription de M.....</p> <p>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.</p>	<p>CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------



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

Participant présenté par la Croix-Rouge française

N° NIVOL :

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

DT. U.L. autre (précisez) :

Numéro de la structure :

Attention : Sans précision, ces frais supplémentaires seront facturés à la DT .

Afin que l'inscription soit validée, il est nécessaire que les données du participant soient à jour dans la base contacts (formations, adresse, ...) et que les accords ci-dessous soient donnés :

Le président de la DT ou par délégation le D.T.U.S. ou le D.T.U.S.A. Formation
(nom prénom, fonctions et cachet de la DT)

MERCI DE COMPLETER CI-DESSOUS :

Je viens à cette session avec un ordinateur portable sur lequel une clé USB peut être connectée :

Oui : Non :

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.

Les frais de gestion de votre inscription (180 euros) seront systématiquement facturés en cas d'annulation ou de non participation.

Date :

Signature du participant :