



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 d'une formation  
«Premiers Secours en Equipe» PSE 1 ou PSE 2**

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-dessous des renseignements sur votre formation, ainsi qu'un dossier d'inscription que vous voudrez bien nous retourner dûment complété afin d'assister à une session PSE en co-animation:

- 1 photo récente

**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).

Vous êtes attendu la veille de la session ans l'après-midi afin de participer aux derniers préparatifs de celle-ci.

Le dernier jour, la session se termine aux alentours de 16 heures.

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** 1 mois avant le début du stage avec :

- 1 photo récente

**Ecrire lisiblement en capitale d'imprimerie.**

**FICHE INDIVIDUELLE**

**CO-ANIMATION D'UNE FORMATION**  
**«Premiers Secours en Equipe» PSE 1 ou PSE 2**

**DU :** ..... / ..... **AU** ..... / ..... / **2017**

Arrivée prévue le : ..... à ..... H .....  en train  en voiture

N° NIVOL (*réserve CRF*) : ..... 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 dom : ..... Tél trav : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Profession précise : .....

**Personne à prévenir en cas d'accident**

NOM, Prénom : .....

Tél. journée : ..... Tél soirée : .....

**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

## Participant présenté par la Croix-Rouge française

N° NIVOL : .....

Merci de nous indiquer à qui doivent être facturés les frais liés à cette formation  
(frais d'hébergement et de repas)

DT.     U.L.     autre (précisez) :

Numéro de la structure : .....

**Attention** : Si rien n'est précisé, 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 contact (formations, adresse, ...) et que les accords ci-dessous soient donnés :

Le président de la Délégation Territoriale  
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.

Date :

Signature du participant :