



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

## **FORMATION INITIALE DES RESPONSABLES TERRITORIAUX D'ACTIVITE ET ADJOINTS**

Durée : 3 jours de partie commune.


Sessions 2019 : du 19 au 21 Mars / du 14 au 16 Mai / du 16 au 18 Juillet / du 05 au 07 Novembre.

Pour les participants au titre d'une DTUS, chaque session ci-dessus sera immédiatement suivie de 2 jours et demi spécifiques Urgence et Secourisme (22-24 mars, 17-19 mai, 19-21 juillet, 08-10 novembre.)  
Pour les participants au titre de DTAS, la session du mois de mai sera immédiatement suivie de 2 jours spécifiques Action Sociale (20 et 21 mai)

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 accompagné de :

- Un chèque de **50,00 €** correspondant aux frais d'inscription, à l'ordre de «C.R.F Albaron».

 : Votre participation à la formation vous sera confirmée ultérieurement en fonction de nos disponibilités.

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 pour bénéficier du repas).

**La session débutera à 8h30** et la partie commune de cette formation se terminera aux alentours de 16 heures le 3eme jour pour celles et ceux qui ne participent pas à un complément "spécifique" immédiatement à la suite.

Pour celles et ceux qui participent au spécifique "Urgence et Secourisme" à l'issue de cette partie commune, la session se terminera à 12h15 le 3eme jour du spécifique.

**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 profiter de votre venue pour prolonger votre séjour : journée au ski , forfait de ski et location du matériel à tarif réduit, randonnée pédestre ou raquettes, visite des musées , excursion à Suze ou Turin en Italie, l'art Baroque en haute Maurienne... Suite à votre formation, vous bénéficierez d'une réduction de 50% sur les frais de pension (5 jours de formation = 5 journées à 50%) selon disponibilité, profitez-en pour découvrir les lieux magnifiques et les nombreuses activités qui entourent le centre national de formation l'Albaron avant ou après votre formation.

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

La Direction



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

**RÉSERVÉ À LA DIRECTION DU CENTRE :**

Arrivée	Acompte
---------	---------

- A retourner **dernier délai** 15 jours avant le début de la formation avec :
- Un chèque de **50,00 €** correspondant aux frais d'inscription, à l'ordre de «C.R.F Albaron».

<p align="center"><b>FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2019</b> <b>FORMATION INITIALE DES RESPONSABLES</b> <b>TERRITORIAUX D'ACTIVITE ET ADJOINTS</b></p>
--

SESSION DU : ..... / ..... AU : ..... / ..... / 2019

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

N° NIVOL: ..... Civilité :  Mme  Mr

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

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

Pays de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse exacte et complète : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

E-mail régulièrement consultée :

<b>Personne à prévenir en cas d'accident</b>
--

NOM, Prénom : .....

Tél. : ..... Lien de parenté : .....

<p><b>FORMATION PROFESSIONNELLE (à remplir par l'employeur)</b></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 et m'engage à honorer la facture établie par la Croix-Rouge française, organisme formateur.</p>	<p align="center">CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR</p>
---	--

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

(Arrivée de la veille,...) :  DT  autre (précisez) :

Sans précision, ces frais seront systématiquement facturés à la DT

Cochez l'activité au titre de laquelle vous participez à cette session et indiquez si vous participerez aux journées spécifiques qui suivent cette formation initiale de responsables d'activité et adjoints

- Urgence et secourisme: Participerez-vous aux 3 jours spécifiques US (fin à 12h15) à la suite de la FIRTRA ? OUI NON
- Action sociale: Participerez-vous aux 2 jours spécifiques AS à la suite de la FIRTRA du mois de Mai ? OUI NON
- Communication et Développement des Ressources
- Jeunesse

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

Le (la) président(e) de la Délégation territoriale

Nom, Signature et cachet indispensables

MERCI DE COMPLETER CI-DESSOUS :

- Enseignement et pension complète
- Enseignement et repas de midi uniquement.

**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.



**Annulation/ Désistement :**

- Dès la prise en compte de votre demande, les frais d'inscription de **50,00 €** seront dus à la structure de formation, même en cas d'annulation.
- En cas d'annulation à moins de 10 Jours du début de la formation, les frais pédagogiques de **100,00 €**, (**+ 100,00 €** pour les modules spécifiques) restent dus à la structure de formation.

**Hébergement:**

- En chambre double
- En chambre single (supplément 10 € / nuit / personne selon disponibilité)

Date et signature du participant précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :