

DEMANDE D'INSCRIPTION

à compléter et à retourner par mail à l'adresse ci-dessus

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE 87
Hôpital Dr. CHASTAINGT - Rue Henri de Bournazel - 87042 Limoges Cedex
☎ : 05.55.05.89.24 - Email : cesu@chu-limoges.fr

Le CESU 87 se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants se révélait insuffisant.

PARTICIPANT

Nom (Mme, Mr) : **Nom de naissance** :
Prénoms : **Date de naissance** :
Lieu de naissance (ville et département) :
Mail (**impératif convocation**) : **Téléphone** :
Profession (fonction):
Diplôme :
Situation de handicap permanente? oui non **cocher la case correspondante**
Si oui, merci d'envoyer un mail à stephanie.lauchetsebba@chu-limoges.fr pour préciser votre situation d'handicap en vue d'une adaptation de la formation.

EMPLOYEUR

CHU de Limoges : Service ou UF (**obligatoire**) :
Cadre :
Nom : Mail : Téléphone :

Hors CHU :

Attention cette adresse servira à établir la convention et la facture

Adresse personnelle si candidat libre :

.....
.....

ou

Adresse et dénomination de l'employeur :

.....
.....
.....

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation :

Date(s) de la formation : 1^{er} choix :
2^{ème} choix :
3^{ème} choix :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR AVEC CETTE DEMANDE D'INSCRIPTION

Pour les formations AFGSU :

- Copie du diplôme professionnel de santé

Pour les réactualisations AFGSU :

- Copie de l'AFGSU 1 ou AFGSU 2 initiale en cours de validité
- Copie de la dernière attestation de réactualisation
- Copie du diplôme professionnel de santé

Pour les formations AFGSU SSE :

- Copie de l'AFGSU 1 ou AFGSU 2 initiale en cours de validité

Pour les participants en VAE, joindre une copie de votre certificat de recevabilité.

Pour les étudiants, joindre une copie de votre certificat de scolarité.

Signature du participant :

Nom et signature du responsable :

Toute demande incomplète ne sera pas traitée