



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

## FICHE D'INSCRIPTION

### ENCADREMENT DES ÉLÈVES ARM – AMBULANCIER PAR LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ

#### STAGIAIRE :

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Nom USUEL (en caractère d'imprimerie) |  |
| Nom de naissance                      |  |
| Prénom                                |  |
| Date et lieu de naissance             |  |
| Adresse personnelle                   |  |
| Téléphone personnel                   |  |
| Adresse mail                          |  |
| Grade                                 |  |

#### EMPLOYEUR : (obligatoire)

|  |  |
|--|--|
| Nom (en caractère d'imprimerie)                              |  |
| Adresse  |  |
| Téléphone professionnel<br>(à remplir impérativement)        |  |
| Correspondant de la formation<br>continue de l'établissement |  |
| Téléphone  |  |
| Adresse mail   |  |

**DATE DE LA FORMATION CHOISIE :**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> session | Mercredi 4 février 2026 |
|---|-------------------------|

**COÛT DE LA FORMATION : 250 euros par stagiaire**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Financement par l'employeur |
| <input type="checkbox"/> A titre individuel          |

Date :

Signature du responsable de la structure :

Dans le cas d'une annulation au moins 10 jours calendaires avant la date planifiée de la session, le Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes facturera au commanditaire **25 % du montant** total de la formation pour frais de gestion. **Toute formation commencée est due.**

**Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.**