

# Bulletin d'inscription

à une formation « inter »

**ETABLISSEMENT** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

N° Siret : \_\_\_\_\_

Nom du Responsable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Intitulé de la Formation : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Durée (en jours) : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Coût global : \_\_\_\_\_

**Participant**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance (si différent du nom) \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Adresse d'exercice principal (si différente établissement): \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Vous souhaitez réaliser cette formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu**
Merci de renseigner les champs suivants **si la formation demandée est éligible uniquement**:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> aide-soignant              | <input type="checkbox"/> manipulateur d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> pédicure-podologue                |
| <input type="checkbox"/> audioprothésiste           | <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute                  | <input type="checkbox"/> pharmacien                        |
| <input type="checkbox"/> auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> médecin                                   | <input type="checkbox"/> préparateur en pharmacie          |
| <input type="checkbox"/> chirurgien-dentiste        | <input type="checkbox"/> opticien lunetier                         | <input type="checkbox"/> prothésiste                       |
| <input type="checkbox"/> diététicien                | <input type="checkbox"/> orthésiste                                | <input type="checkbox"/> psychomotricien                   |
| <input type="checkbox"/> ergothérapeute             | <input type="checkbox"/> orthophoniste                             | <input type="checkbox"/> sage-femme                        |
| <input type="checkbox"/> infirmier                  | <input type="checkbox"/> orthoptiste                               | <input type="checkbox"/> technicien de laboratoire médical |

**Mode d'exercice dominant (> 50%) :**

- salarié  
 libéral  
 mixte  
 service de santé des armées

**Numéro RPPS ou ADELI**

N° RPPS : \_\_\_\_\_ ou N° ADELI : \_\_\_\_\_

## Modalité de prise en charge

- Prise en charge individuelle
- Prise en charge employeur
- Prise en charge OPCA (Préciser nom et adresse) :

\_\_\_\_\_

## Facture à adresser

Nom \_\_\_\_\_

Adresse (si différente établissement)

\_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

**Bon pour accord de l'intéressé(e)** (*Obligatoire si prise en charge individuelle*)

**Bon pour accord de l'établissement** (*Obligatoire si prise en charge*)

**Signature et cachet de l'établissement**

Date :

---

### CRFP Limousin

25 rue Sismondi 87000 LIMOGES  
Tél. : 05 87 75 32 12 / Fax : 05 87 75 32 59  
@: crfp.limousin@croix-rouge.fr  
Organisme DPC numéro 1274  
Numéro de déclaration d'activité : 74 87 01 095 87

### CRFP Poitou-Charentes

18/22 Boulevard Jeanne D'arc 86000 Poitiers  
Tél.: 05 49 50 77 31  
@: crfp.poitou-charentes@croix-rouge.fr  
Organisme DPC numéro 1852  
Numéro de déclaration d'activité : 54 75 011 08 86