

FORMATION PSC1 - INSCRIPTION

Tableau à compléter en MAJUSCULES.

1 IDENTITE	Nom	
	Prénom	
	Sexe	
2 NAISSANCE	Date de naissance	
	Lieu de naissance	
	N° département	
	Pays de naissance	
3 CONTACT	Mail	
	Téléphone	
	Adresse postale	
	Code postal	
	Ville	
Nom de l'association (facultatif)		

Formation initiale 9h-12h / 13h-17h30 : _____

Précisez la date de la formation à laquelle vous souhaitez participer à l'UFOLEP, par mail ou téléphone.

Attention : le nombre de places étant limité, une inscription pourra être refusée ou reportée sur une autre session. Les stagiaires seront, dans tous les cas, informés soit par mail, soit par téléphone.

Tarifs :

- 60€ pour les mineurs, étudiants, jeunes en Service Civique, licencié-e-s UFOLEP/FOL/USEP
- 65€ pour les non-licencié-e-s
- 600€ tarif groupe (tarif forfaitaire)

Intitulé du Compte : COMITE DEPARTEMENTAL UFOLEP F.O.L. SQUARE ANDRE TERCINET CS 30403 73004 CHAMBERY CEDEX			
DOMICILIATION			
Code établissement 18106	Code guichet 00810	Numéro de compte 86052276050	Clé RIB 52
IBAN (International Bank Account Number)			
FR76	1810	6008	1086 0522 7605 052
Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift : AGRIFRPP881			

Versement :

- Virement (RIB ci-contre)
- Chèque

En cas d'empêchement, merci de nous prévenir au plus tard 5 jours avant le stage. Dans le cas contraire, nous conserverons le versement effectué. Si vous êtes positif à la Covid, le remboursement sera effectué uniquement sur présentation d'un justificatif.

Fait à le / / 2024

Signature :

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e)

Père Mère Tuteur

autorise (nom/prénom du stagiaire)

né(e) le : / /

à participer au stage de formation PSC1 mentionné ci-dessus et j'autorise également le responsable du stage à faire pratiquer sur mon enfant tous soins ou toutes interventions d'urgence prescrits par le corps médical.

Fait à le / / 2024

Signature :