|  |
| --- |
| FICHE D’INSCRIPTION |

La fiche d’inscription est à compléter et à envoyer à l’adresse mail du service formation (service.formation@ch-antibes.fr) au moins 15 jours avant la formation souhaitée.

**IDENTITE ET COORDONNEES :**

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

DATE DE NAISSANCE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

ADRESSE POSTALE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PORTABLE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ADRESSE MAIL : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**VOTRE EMPLOI ACTUEL**

Profession exercée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

J’exerce : [ ]  à mon compte [ ]  dans une structure

**INSCRIPTION à la FORMATION** (cochez la formation souhaitée) :

[ ]  15/09/2025 : « Code rouge : maîtriser les urgences vitales intra-hospitalières »

[ ]  09/10/2025 : « Urgences extrêmes : anticiper et agir face aux situations critiques »

[ ]  18/11/2025 : « Infirmier aux urgences : des bases solides à l’expertise du terrain »

[ ]  09/12/2025 : « Anesthésie sous tension : gérer l’imprévu en situation critique »

**FINANCEMENT**

[ ]  Je finance moi-même ma formation soit 450€

[ ]  Le coût de la formation est pris en charge par mon employeur :

 Cordonnées de l’employeur

 Nom de l’établissement employeur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne à contacter :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature approuvant la prise en charge financière :

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), Mme, M, Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Demeurant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.M’inscrit à la formation en simulation se déroulant au Centre antibois de simulation du Centre hospitalier d’Antibes-Juan-Les-Pins. Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature :  |