

Centre d'Enseignement des soins d'Urgence de la Corrèze

✉ scesu@ch-tulle.fr ☎ 05 55 88 85 87

Centre hospitalier Cœur de Corrèze, 3 place Maschat 19 000 TULLE

N° d'activité CESU 7419P001819

Toute fiche incomplète ou transmise sans les justificatifs mentionnés en annexe page 2 ne sera pas traitée

☐ Vous exercez une activité libérale ou candidat libre	☐ Vous êtes salarié
Formulaire à nous retourner par mail ou par voie postale, accompagné des pièces à fournir (voir annexe jointe)	Après validation par votre supérieur hiérarchique, formulaire à transmettre au service formation ou au chargé de formation de votre établissement, accompagné des pièces à fournir (voir annexe jointe)

Toute personne en situation de handicap souhaitant suivre une formation au sein du CESU 19 peut prendre contact avec le secrétariat afin d'être orientée vers la personne ressource en matière de handicap

Intitulé de la formation choisie	Date de la formation choisie
☐ En cas de demande de recyclage et, si vous avez effectué votre dernière formation au CESU 19, merci de cocher cette case	
Le CESU se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants se révélait insuffisant	

Candidat		
Nom/ Prénom		
Nom de naissance		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Mail (obligatoire pour la convocation)		
Téléphone		
Adresse		
Merci de préciser votre profession		
Etablissement ou lieu d'exercice		
Service d'affectation		
Votre demande fait-elle suite à une analyse de besoin	☐ OUI	☐ NON
Si oui, merci de préciser		
☐ J'atteste avoir pris connaissance des pré requis et des objectifs de la formation		
☐ J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus		
Date	Signature	

Tournez la page SVP

Attention les informations suivantes seront utilisées pour établir la convention et la facture

- ☐ Je m'engage à régler moi-même le montant de la formation à réception de la facture (merci de vérifier que vous avez bien renseigné votre adresse dans la partie réservée à cet effet).
- ☐ Je demande une prise en charge de la formation à l'entreprise /l'établissement qui devra compléter le cadre ci-dessous

Cadre réservé à l'entreprise ou l'établissement financeur		
Nom et adresse de l'entreprise / établissement		
N° de Siret		
Merci de préciser si vous êtes assujettis à la TVA	☐ OUI	☐ NON
Date	Signature et tampon	

Annexe formulaire d'inscription

Si la formation que vous avez choisie n'apparaît pas dans ce tableau, vous n'avez pas de justificatif complémentaire à fournir

Liste des pièces obligatoires à fournir avec le formulaire d'inscription selon la formation demandée	Copie du diplôme de professionnel de Santé	Copie de recevabilité de la VAE ¹	Copie AFGSU 1 ou 2 en cours de validité ²	Copie AFGSU en SSE en cours de validité pour chaque annexe ²	Durée de validité de l'Attestation
GSU de niveau 2	X	X			4 ans
Recyclage GSU1 ou GSU2			X		4 ans
Formation SSE Annexes 3-4-5-7-8-9 et 10			X		1 an
Recyclage GSU en SSE				X	1 an
Utilisation dispositif MEOPA	X				
Nouveaux actes ambulanciers dans le cadre de l'AMU	X		X		

¹ pour les candidats non diplômés, mais engagés dans un parcours VAE

² pour les candidats ayant effectué leur dernière formation au CESU 19 il n'est pas nécessaire de fournir la copie mais pensez à cocher la case prévue à cet effet sur la première page

 Pour rappel pour vous inscrire aux annexes 8 et 9, vous devez au préalable avoir effectué l'annexe 7