

**Vous exercez une activité libérale**

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce formulaire par mail ou par voie postale, accompagné des pièces à fournir (voir annexe jointe) :

CESU 19

Centre Hospitalier de Tulle

3 place Maschat. BP 160

19012 TULLE CEDEX

[secretariat.cesu19@gmail.com](mailto:secretariat.cesu19@gmail.com)

**Vous êtes salarié**

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre ce formulaire après validation par le cadre de santé au service formation de votre établissement, accompagné des pièces à fournir (voir annexe jointe).

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

## Formation choisie

Intitulé de la formation : **FORMATION URGENCES EN EHPAD.**

Date(s) : .....

**Merci de prendre connaissance des objectifs de la formation et de vérifier l'adéquation avec vos besoins**

**Les pièces à fournir avec la fiche d'inscription sont précisées en Annexe jointe**

## Coordonnées

Nom - Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

N° ADELI : .....

N° Téléphone : .....

Mail : .....

@

Adresse personnelle : .....

Profession : .....

Etablissement ou lieu d'exercice : .....

Service d'affectation : .....

La demande de formation fait elle suite à une analyse de vos besoins :  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

## Conditions de prise en charge des frais de formation

Cette formation sera prise en charge par l'ARS Nouvelle Aquitaine, dans le cadre du pacte de refondation des urgences **dans la limite de l'effectif maximum défini par territoire.**

### Cadre réservé à l'entreprise ou à l'établissement :

Personne signataire de la convention de formation : .....

SIRET : .....

Signature et tampon :

Le : .....

Signature du professionnel:

Le .....

**Toute fiche incomplète ou transmise sans les justificatifs demandés ne sera pas traitée.**

## ANNEXE

### Fiche inscription 2025

#### Pièces à fournir avec la fiche d'inscription

AFGSU 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie carte d'identité</li></ul>
RECYCLAGE AFGSU 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de l'attestation AFGSU 1</li><li>• Photocopie des recyclages éventuels</li></ul>
AFGSU 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie carte d'identité</li><li>• Photocopie du diplôme d'état de professionnel de santé</li></ul>
RECYCLAGE AFGSU 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de l'attestation AFGSU 2</li><li>• Photocopie des recyclages éventuels</li></ul>