IFITS

PV - 001/12/2021

Région îledeFrance

DOSSIER D'INSCRIPTION
RECYCLAGE AFGSU
D'AMBULANCIERS pour 2023

Clôture des inscriptions : 21 jours avant la date souhaitée

Date des formations :

- Du 16 au 18 janvier
- 1er mars
- 5 avril
- 15 juin
- Du 16 au 18 octobre
- 9 novembre
- 16 novembre
- 17 janvier 2024

Effectif minimum par session : 7 personnes
(sinon, annulation de la formation).

Dossier à renvoyer impérativement par courrier à :
Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon
19, avenue Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.38
E-mail : c.amillard@ifits.fr ou p.vannier@ifits.fr
www.ifits.fr

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

IFITS

Cadre réservé à l'administration

Date de réception :

N° d'enregistrement :

FICHE D'INSCRIPTION
RECYCLAGE AFGSU 2023

NOM patronymique (jeune fille) : .....**PRÉNOM :** .....

NOM D'ÉPOUSE : .....

SEXE : Féminin ☐ Masculin ☐

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

NATIONALITÉ : .....

N° DE SÉCURITE SOCIALE : .....

ADRESSE *(personnelle)* : .....

.....

VILLE : .....

CODE POSTAL : .....

PHOTO A COLLER OU AGRAPHER

☎ DOMICILE : ..... ☎ PORTABLE : .....

☎ TRAVAIL : ..... E-MAIL : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE

- ❑ Auxiliaire ambulancier sans activité
- ❑ Ambulancier sans activité
- ❑ Salarié auxiliaire ambulancier en activité (précises l'adresse et le nom de votre employeur)

.....

.....

.....

Nom du responsable : **N° SIRET :**

- ❑ Salarié ambulancier en activité (précises l'adresse et le nom de votre employeur)

.....

.....

.....

Nom du responsable : **N° SIRET :**

Inscription pour : ❑ du 16 au 18/01/2023 ❑ 15/06/2023 ❑ 17/01/2024
❑ 01/03/2023 ❑ du 16 au 18/10/2023
❑ 05/04/2023 ❑ 09/11/2023

ATTESTATION

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité des photocopies et documents transmis.

A..... le ..... Signature

PIECES A FOURNIR
POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION AU RECYCLAGE AFGSU

1. La **fiche d'inscription**, ci-jointe, complétée et signée.

2. Une **photo d'identité** (*à coller ou agrafer sur la fiche d'inscription ci-jointe*).
Cette photo doit être « *tête nue, de face, et sur fond blanc* » conformément à la réglementation sur les photographies de pièces d'identité.

3. Une **photocopie** de l'**attestation préfectorale à la conduite d'ambulance.**[1]
Visite médicale à effectuer chez un médecin agréé par la Préfecture de votre domicile pour l'obtention du permis ambulancier, valable 5 ans : https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/adresses-des-medecins-agrees/adresses-medecins-agrees-france

4. La **photocopie recto-verso** du **permis de conduire B.**

5. La photocopie de votre diplôme d'Ambulancier ou Auxiliaire Ambulancier.

6. La photocopie de votre **AFGSU.**

7. Photocopie de votre **pass sanitaire attestant d'un schéma vaccinal complet.**

8. Un chèque bancaire ou postal de **15,00 Euros (16 euros à partir de septembre 2023)**, à l'ordre de **l'Agent Comptable du G.I.P.**

Ces droits d'inscription restent acquis, même en cas de désistement ou d'absence

9. Une enveloppe, format 21 x 29,7 cm (pour l'envoir de votre nouvelle attestation)

COÛT DE LA FORMATION

Formation de 3 jours : 273,00 euros + 15,00 euros de frais d'inscription.
A partir du septembre 2023 : 290,00 euros + 16,00 euros de frais d'inscription.

Recyclage 1 jour : 135,00 euros + 15,00 euros de frais d'inscription.
A partir du septembre 2023 : 143,00 euros + 16,00 euros de frais d'inscription.

Nombre de participants : 7 au minimum, 12 au maximum.

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Attestation à compléter par l'employeur en cas de prise en charge

Je soussigné (e) (nom, prénom) : .....

Qualité : .....

Représentant de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Numéro de Siret : .....

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation (cochez la case) :

◯ Ambulancier ◯ Auxiliaire ambulancier ◯ Recyclage AFGSU

Pour la somme de : .....

Au bénéfice de : .....

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable + cachet de la société

****