



Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

N° de déclaration d'activité 93.83.04918.83 - Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat
FINESS EJ : 83 000 904 9 - N° Siret : 130 016 561 000 24 - Code APE 8412Z

PLAN DE FINANCEMENT DE LA FORMATION

☐ **Financement personnel :** ☐ partiel ☐ total

Paieement par ☐ Chèque ou Virement bancaire

☐ **Employeur :**

- ☐ Mon employeur finance intégralement ma formation
☐ Mon employeur finance en partie ma formation
☐ L'organisme financeur de mon employeur (OPCO) finance la formation

Nom et coordonnées de l'organisme financeur :

☐ **Autre financement :** précisez le mode de financement envisagé

.....

Coût et r de la formation

300 € (montant non assujetti à la TVA)

Ne joignez aucun règlement à ce bulletin d'inscription !

Cette formation n'est pas éligible au Compte Personnel de Formation (CPF).

Le dossier d'inscription doit être adressé au

Centre de Formation Continue de l'IFPVPS
Espace André
401 B chemin des Plantades
83130 LA GARDE



Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

N° de déclaration d'activité 93.83.04918.83 - Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat
FINESS EJ : 83 000 904 9 - N° Siret : 130 016 561 000 24 - Code APE 8412Z

Bulletin d'inscription

FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

Niveau 2

Date de session **du** / / **au** / /

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom de naissance* :

Nom d'épouse :

Prénom* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* (ville et n de département) :

Adresse* :

.....

.....

CP* : Ville* :

Tel* :

Email* :

NOUS CONTACTER

Téléphone **04 94 58 58 22**
Messagerie **formationcontinue@ifpvps.fr**
Internet **www.ifpvps.fr/formation-continue**

* *Obligatoire*

Liste des documents à fournir

- ☐ Ce bulletin d'inscription
- ☐ Photocopie de la **carte nationale d'identité** (recto/verso) ou passeport en cours de validité
- ☐ Photocopie de votre **diplôme professionnel** attestant que vous êtes professionnel de santé
- ☐ **Certificat de travail** de votre employeur

Démarche pour les personnes en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières lors de leur formation

Contactez le référent handicap de l'IFPVPS afin de mettre en place un parcours spécifique d'aménagement de la formation : Mme Estelle LAVE, 401B chemin des Plantades, Espace André, 83130 La Garde - Tel 04 94 00 58 78 - email : estelle.lave@ifpvps.fr

**VOTRE DOSSIER DOIT ETRE RECEPTIONNE PAR L'IFPVPS
10 JOURS OUVRES AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION**

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Le :

Signature



Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

N° de déclaration d'activité 93.83.04918.83 - Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat
FINESS EJ : 83 000 904 9 - N° Siret : 130 016 561 000 24 - Code APE 8412Z

Informations utiles à la constitution de votre d'inscription à la formation

Pour pouvoir vous inscrire à la formation aux gestes d'urgence niveau 2, vous devez être un **professionnel de santé** :

- médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, pharmaciens ;
- préparateurs en pharmacie, infirmiers et infirmières, masseurs kinésithérapeutes et pédicures podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires ;
- la formation est également ouverte aux personnes titulaires ou en cours de formation, du diplôme d'État d'aide médico-psychologique, d'accompagnant éducatif et social, du diplôme d'assistants de régulation médicale, aux assistants médicaux, aux préleveurs sanguins en vue d'exams de biologie médicale, aux auxiliaires ambulanciers, aux brancardiers.