



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
INDIVIDUELLE – INFIRMIER COORDINATEUR**

Formation envisagée :

Date(s) de la formation :

Lieu précis de formation :

Le participant :

NOM PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : _____

NOM DE LA PERSONNE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION : _____

Situation professionnelle :

- SALARIE
 DEMANDEUR D'EMPLOI, **précisez votre numéro d'identifiant Pôle Emploi :** _____
 ETUDIANT
 AUTRE

Financement de la formation :

- Personnel Employeur Pôle Emploi OPCO Autre _____

Adresse de facturation (si différente) :

RAISON SOCIALE: _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

Comment avez-vous connu notre formation ?

- Site internet Bouche à oreille Journaux Facebook Linkedin Catalogue de formation
 Autre(s) : _____

Date, signature du stagiaire :



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
EMPLOYEUR – INFIRMIER COORDINATEUR**

Formation envisagée :

Date(s) de la formation :

Lieu précis de formation :

L'entreprise :

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____ EFFECTIFS : _____

TEL : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL : _____ ACTIVITE PRINCIPALE : _____

N° SIRET: _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : _____

NOM DE LA PERSONNE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION : _____

Le Participant :

NOM PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

EMPLOI / FONCTION _____

Prise en charge de la formation :

Entreprise OPCO préciser ses coordonnées ci-dessous : Autre _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____ TEL : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NB dans tous les cas où l'OPCO règle directement à la Croix-Rouge, fournir avant le début de formation l'accord de prise en charge. A défaut, la facture sera adressée à l'entreprise.

Comment avez-vous connu notre formation ?

Site internet Bouche à oreille Journaux Facebook LinkedIn Catalogue de formation

Autre(s) : _____

Date, signature et cachet de l'entreprise :



Formation

MODALITÉS D'INSCRIPTION

DOSSIER D'INSCRIPTION A RETOURNER AU PLUS TARD LE 01/12/2020



Pièces à fournir

- Le dossier d'inscription dûment rempli
- CV + lettre de motivation
- La photocopie du diplôme d'état infirmier
- Une attestation employeur attestant d'une expérience de deux ans en qualité d'infirmier
- La photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
- Une carte de séjour ou une carte de résident en cours de validité pour les personnes hors nationalité française



Envoyer le dossier complet à l'adresse administrative suivante :

IRFSS CROIX-ROUGE FRANÇAISE

CENTRE REGIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE

2 rue du Golf

21 800 QUETIGNY

ou par mail à : crfp.bfc@croix-rouge.fr

Après réception, vous recevrez un mail de confirmation d'inscription ensuite nous vous adresserons une convention et une convocation qui validera votre inscription

RENSEIGNEMENTS

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter :

- par mail : crfp.bfc@croix-rouge.fr
- par téléphone au 03 80 48 17 35

Toutes nos formations et nos dates sur <http://irfss-bfc.croix-rouge.fr>

« Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour l'établissement de votre dossier pédagogique et administratif. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Elles sont conservées par nos soins pendant toute la durée de votre formation et jusqu'à 5 ans après votre sortie. Le responsable de traitement est le Président de la Croix-Rouge française et, par délégation, le Directeur général. La Déléguée à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 Paris ou DPO@croix-rouge.fr. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à qualite.irfss-bfc@croix-rouge.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).