



Dr G. SOLIVEAU  
Chef de Pôle URGENCES



CESU 10

N° DECLARATION  
21 10 00626 10

PRATICIEN RESPONSABLE  
DR ALAIN HUGEROT

FF CADRE DE SANTE  
MME ISABELLE GUERRAPIN

SECRETAIRE  
MME DANIELE NOBLET

TEL : 03 25 45 85 26  
FAX : 03 25 49 48 51

[secretariat.samu@ch-troyes.fr](mailto:secretariat.samu@ch-troyes.fr)  
[danielle.noblet@ch-troyes.fr](mailto:danielle.noblet@ch-troyes.fr)

BULLETIN D'INSCRIPTION

(à retourner au secrétariat CESU)

FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

(Cochez la case de la formation choisie)

AFGSU Niveau 1  AFGSU Niveau 2

RECYCLAGE Niveau 1  RECYCLAGE Niveau 2

Pour les Recyclage : date de l'AFGSU : \_\_\_\_\_

(Cochez la case de la formation choisie)

Date de la session de formation choisie :

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille : ..... Sexe :  H  F

Date de naissance : ...../...../..... Ville de naissance : .....

Dpt de naissance : (.....)

Adresse personnelle : .....

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

Tel : .....

Adresse mail .....

Fonction : .....

Etablissement / Société : .....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION

Etablissement : .....

Autre : .....

Personnelle : .....

Adresse : .....

.....

.....

Merci de bien vouloir **compléter la fiche individuelle de renseignements** ci-jointe et de la retourner au secrétariat du C.E.S.U. 10 **avant la formation.** (**Sans cette fiche complétée, vous ne pourrez pas recevoir votre attestation de formation**).

Toute absence non justifiée (certificat médical) sera facturée.

Une convention de formation vous sera envoyée dès réception de cette fiche.