



FORMATION INITIALE et CONTINUE PSC1

FICHE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :/...../..... à(DEP).....

Demeurant à (adresse complète) :

Email(valide) : Tél. :

Je souhaite m'inscrire au stage PSC1 ADULTE organisé par le CSA 27BCA de 09h00 à 17h30 :

Dimanche 15 décembre 2019 (limite réponse 9 décembre soir)

Préparer : -1 chèque de : **50€ pour un non licencié + 6€ avec le repas (non obligatoire)**
33€ pour un adhérent CSA 27bca + 6€ avec le repas (non obligatoire)

Je souhaite m'inscrire au stage recyclage PSC1 organisé par le CSA 27BCA de 19h00 à 21h00:

Mardi 17 décembre 2019 et jeudi 19 décembre. (Limite réponse 15 décembre soir)

Préparer : -1 chèque de : **25€ pour un non licencié.**
10€ pour un adhérent CSA 27bca.

Je souhaite m'inscrire au stage PSC1 ENFANT organisé par le CSA 27BCA :

Sue deux mercredis matin de 8h00 à 12h00 date à définir.



Préparer : -1 chèque de : **50€ pour un non licencié**
33€ pour un adhérent CSA 27bca

Attention : le nombre de places étant limité minimum 4 et 10maximum, une inscription pourra être refusée (session pleine ou pas) ou reportée sur une autre session. Les stagiaires seront, dans tous les cas, informés soit par mail soit par SMS.

L'inscription sera effective lors de la réception de ce fichier par mail ou photo et le doodle de sondage renseigné. Le paiement du repas se fera à part soit par cheque ou liquide. Le règlement se fera à l'accueil des stagiaires pour la formation. Cette formation sommative impose votre présence tout au long de la formation. En cas d'absence supérieure à 30min, vous ne pourrez plus réintégrer la formation sauf cas extrême avec justificatif.

Fait à, le/...../2019

Signature

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e)Père – Mère – Tuteur

autorise (nom/prénom du stagiaire), né(e) le :/...../.....

à participer au stage de formation PSC1 mentionné ci-dessus, et j'autorise également le responsable du stage à faire pratiquer à mon enfant tous soins ou toutes interventions d'urgence prescrits par le corps médical.

Fait à, le/...../2019

Signature