

# BULLETIN D'INSCRIPTION AUX MODULES DU FAPIA

Mlle       Mme       M.

Nom : .....

Prénom : .....

N° sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

.....

Tél. professionnel : .....

Tél. domicile : .....

E-mail : .....

## S'inscrit au(x) module(s) suivant(s) :

*Cochez le(s) module(s) choisi(s)*

M1 : Situations Critiques	15 et 16 janvier 2009	250 €	<input type="checkbox"/>
M2 : Cœur / Poumons	19 et 20 mars 2009	250 €	<input type="checkbox"/>
M3 : Obstétrique/Pédiatrique	11 et 12 juin 2009	250 €	<input type="checkbox"/>
M4 : Législation/Organisation	08 et 09 octobre 2009	250 €	<input type="checkbox"/>
M5 : Polytraumatisé /Neuro	10 et 11 décembre 2009	250 €	<input type="checkbox"/>
M6 : Techniques modernes d'anesthésie	14 et 15 janvier 2010	250 €	<input type="checkbox"/>
M7 : Gestion des risques	18 et 19 mars 2010	250 €	<input type="checkbox"/>
M8 : Anesthésie en pré, per et post opératoire	10 et 11 juin 2010	250 €	<input type="checkbox"/>

Soit un total de : ..... module (s)

**Inscription individuelle** : joindre un **chèque par module de 250,00 €** libellé au nom de « M. l'Agent Comptable de l'UCBL » + **photocopie de la carte vitale lisible** pour n° sécurité sociale

**Prise en charge de l'employeur** : joindre impérativement une attestation de prise en charge de l'établissement établie sur papier à en tête comportant cachet et signature selon le modèle joint ou remplir le document ci-après + **N° SIRET** sur document officiel

Date :

Signature :

**Le bulletin d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante accompagné de votre règlement**

**Université Claude Bernard Lyon 1  
Service de la Formation Continue – Antenne Santé  
8, Avenue Rockefeller – 69373 LYON Cedex 08**

# ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR

(Document à produire en original et à joindre au dossier d'inscription)

A l'attention de l'Université Claude Bernard Lyon1, Service Formation Continue

Je soussigné(e) .....

agissant en qualité de .....

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :** .....

Forme juridique :  Privé  Public

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'Université Claude Bernard Lyon1 :

**NOM du stagiaire :** .....

**Prénom du stagiaire :** .....

À la formation :

Intitulé exact de la formation : .....

.....

Dates de la formation : .....

Pour un montant de : .....

Adresses de convention et de facturation : (Si facturation à un autre organisme financeur, joindre un justificatif)

.....

.....

.....

Correspondant : Nom : .....

Téléphone : .....

**Joindre 1 RIB et 1 papier à en-tête de l'établissement comportant le n° de SIRET.**

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

<b>Tampon de la société :</b>	<b>Date :</b> ..... <b>Signature du responsable :</b>	<b>Signature du stagiaire :</b>
-------------------------------	--	---------------------------------