

# CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CESU

Afin de valider votre inscription :

Merci de compléter ce formulaire et de nous l'adresser (par mail ou par courrier postal)  
Intitulé et date de la formation souhaitée (cochez la case correspondante):

--

### Inscription participant :

Civilité :		N° de diplôme (Si réactualisation)
Nom :		
Prénom :		N° ADELI (Si concerné)
Pôle / Service / UF (Agent chu)		
Profession :		N° RPPS (Si concerné)
Ville de domicile :		
Date de naissance :		
Ville de naissance :		
Téléphone (Pour rappel SMS)		
E-mail de contact :		

### Établissement employeur et adresse de facturation : (Si pas inscription individuelle)

Nom de l'établissement employeur :	
Nom organisme facturation :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Nom du responsable de l'agent :	
Téléphone (responsable) :	
E-mail de contact (responsable) :	
N° FINESS (établissement)	
Financement envisagé	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Par l'employeur <input type="checkbox"/> OPCO <input type="checkbox"/> Eligible financement DPC

Date demande :	
Signature :	

Merci de nous contacter 48 heures avant au maximum en cas de désistement ou de modification.

CONTACT CESU : 02.32.88.89.77

MAIL : [CESU.SECRETARIAT@CHU-ROUEN.FR](mailto:CESU.SECRETARIAT@CHU-ROUEN.FR)

CESU 76 A - Bâtiment MTC - 20 rue Marie Curie - 76000 Rouen

Une création de :

# CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CESU

Date de la demande :

Date souhaitée :

Signature

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION

Je souhaite m'inscrire à une formation règlementaire (type AFGSU)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Je souhaite m'inscrire à une formation diplômante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Je souhaite réactualiser une formation antérieure (recyclage)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<i>(Préciser laquelle et la date d'obtention du diplôme)</i>			
Cette formation correspond à un besoin spécifique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<input type="checkbox"/> Formation initiale		
	<input type="checkbox"/> Développement personnel		
	<input type="checkbox"/> De mon institution / employeur		
Attestation de prérequis à la formation :			
<i>(Nom du diplôme si nécessaire et préciser la date d'obtention)</i>			
Quelle est ma motivation et mes objectifs pour cette formation ?			
Avis et motivation de mon supérieur hiérarchique pour cette formation :			

## HANDICAP

En fonction de votre situation de handicap, des aménagements peuvent vous être proposés afin d'organiser votre formation dans les meilleures conditions. N'hésiter pas à nous contacter. Nous solliciterons notre référent handicap : 02 32 88 89 77

## SIGNATURE

**Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente, du règlement intérieur et les accepter sans réserve** (consultable sur le site internet <https://www.mtc-rouen.com/accueil/le-cesu/>).

Fait à ..... le .....

Signature

CONTACT CESU : 02.32.88.89.77

MAIL : [CESU.SECRETARIAT@CHU-ROUEN.FR](mailto:CESU.SECRETARIAT@CHU-ROUEN.FR)

CESU 76 A - Bâtiment MTC - 20 rue Marie Curie - 76000 Rouen

Cadre réservé au CESU 76A

N° demande	Date décision	Analyse par : (signature)	Décision	Motif :
			<input type="checkbox"/> ACCORD <input type="checkbox"/> REFUS	