

## CENTRE D'ENSEIGNEMENT DE SOINS D'URGENCE

**Directeur** : Dr Marie-France Bajolet Laplante  
**Responsable pédagogique** : Dr Bertrand Laval  
**Infirmière référente** : Madame Vanessa Engelen  
**Secrétaire** : madame Marie-Evelyne DUBOIS

### DEMANDE D'INSCRIPTION

**Nom** ..... **Prénom**.....

**Nom de jeune fille** ..... **Date de naissance**.....

**Adresse**.....  
.....

**Numéro de téléphone** .....

**Adresse mail**.....

**Formation demandée** :.....  
.....

**Inscription prise en charge par l'employeur**       **Inscription individuelle**

**Dans le cas d'une prise en charge par l'employeur ou par un organisme veuillez remplir :**

**Nom de l'employeur ou de l'organisme** .....

**Adresse** :.....

**Numéro de téléphone** : .....

**Adresse mail** :.....

**LA DEMANDE D'INSCRIPTION EST A RENVOYER A** : [cesu27@chi-eureseine.fr](mailto:cesu27@chi-eureseine.fr)