



## FORMATION A DESTINATION DES PERSONNEL OGECE DES ETABLISSEMENTS DES 1<sup>ER</sup> ET 2<sup>ND</sup> DEGRES - 2023/2024

Bulletin d'inscription à retourner par mail à [steixeira@ifp-hdf.fr](mailto:steixeira@ifp-hdf.fr) au plus tard 15 jours avant le démarrage de la formation.

### Etablissement

Nom de l'établissement : .....

Nom du Chef d'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

.....

.....

Téléphone : .....e-mail :.....

### Stagiaire

Nom : .....Prénom : .....

Fonction : .....

e-mail : .....

*La réforme de la RGPD est entrée en vigueur le 25 mai 2018 au sein de l'Union Européenne. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par l'IFP Hauts de France. Pour exercer ce droit, merci d'adresser un courrier postal. Les données personnelles vous concernant, recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription, ont utilisées par l'IFP Hauts de France uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers.*

### Inscription

Demande l'inscription à la formation :

Session : **Formation 1ers secours – LILLE**

Dates : **10/01/2024 et 17/01/2024**

Lieu : **IFP LILLE – 236 rue du Faubourg de Roubaix 59041 LILLE**

*Si le nombre de participants est insuffisant pour assurer le bon déroulement de la formation, l'IFP pourra être amené à annuler le stage 15 jours avant le démarrage de la formation.*

### Prise en charge financière

- L'établissement a fait une demande de prise en charge financière AKTO. (via OPCABOX). L'établissement s'engage à transmettre l'accord de prise en charge à l'IFP Hauts-de-France par mail avant le démarrage de la formation – Montant : **364,00 €**
- En cas de refus de prise en charge par AKTO, l'établissement s'engage à prendre en charge le paiement de la formation – Montant : **364,00 €**
- Aucune demande de prise en charge n'a été faite, l'établissement prend en charge le paiement de la facture. – Montant : **364,00 €**

### Signature

Fait à :

Le :

Signature du Chef d'établissement  
et cachet de l'établissement