



BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION	Date
Niveau 1 : Prévenir la mort inattendue du nourrisson - Communiquer avec les personnes concernées	jeudi 20 mars 2025* jeudi 2 octobre 2025* * Entourer la date choisie

Vos coordonnées :

NOM : **Prénom** :

Adresse personnelle complète :
.....

Téléphone : Courriel :

Profession :

Situation :

- Indépendant(e)
- Salarié(e) : coordonnées et adresse de votre employeur :
.....
- Etudiant(e) (joindre un justificatif)
- Bénévole d'une association (joindre un justificatif)
- Demandeur d'emploi
- Autre (précisez) :
- Si vous êtes en situation de handicap : vous serez contacté(e) par notre référente handicap.

Frais d'inscription :

- Prise en charge dans le cadre de la Formation Professionnelle Continue : **295 €**
- Financement personnel : **150 €**
- Tarif spécifique pour parent endeuillé, futur bénévole ou étudiant : **35 €** (sous réserve de places disponibles)

Pour confirmation d'inscription, une convention vous sera transmise, comportant les modalités de règlement.

Motivation : merci de nous indiquer votre parcours et ce qui vous incite à suivre cette formation
.....
.....
.....

Fait à le

Signature

*Signature de l'Etablissement et cachet
(si accord de prise en charge)*