



Formation PSC1 Fiche d'Inscription

Je, soussigné(e).....

Né(e) le à : N°dep naissance :

Demeurant à (adresse complète):.....

Email (pour convocation)..... Tél.....

Je suis:

Licencié UFOLEP 2016-2017

N° de licences (obligatoire):.....

Association:.....

Non-licencié UFOLEP

Groupe de



Pour bénéficier du tarif licencié, vos demandes de licences devront être envoyées, au plus tard, avec la demande d'inscription au PSC1.

Date souhaitée pour la formation Psc1 :

Attention: le nombre de places étant limité, une candidature pourra être refusée (session pleine) ou reportée sur une autre session. Les stagiaires seront, dans tous les cas, informés soit par mail soit par courrier.

Le règlement de la formation s'effectue au plus tard 48h avant.

Fait à, leSignature

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e)Père -Mère -Tuteur Autorise (Nom -prénom du stagiaire).....né(e) le :à participer au stage de formation PSC1 (AFPS) mentionné ci-dessus, et j'autorise, également, le responsable du stage à faire pratiquer à mon enfant tous soins ou toutes interventions d'urgence prescrits par le corps médical.

Fait à, le, Signature

**A retourner à l'Ufolep Marne 23 rue Alphonse Daudet 51100 Reims ou par mail à
ufolep.marne51@gmail.com**