

# 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 :

### Inscription participant :

Civilité :	
Nom :	
Prénom :	
Ville de domicile :	
Date de naissance :	
Ville de naissance :	
Téléphone :	
E-mail de contact :	
N° de diplôme (réinscription)	
N° ADELI :	
N° RPPS :	

### Employeur et adresse de facturation :

Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Nom du responsable :	
Téléphone :	
E-mail de contact :	
N° FINESS (établissement)	
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 :