



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

EPREUVE THEORIQUE CCEPS

Le participant :

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM D'USAGE : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE: ____/____/____

LIEU DE NAISSANCE : _____ DEP : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL : ____/____/____/____/____ PORTABLE : ____/____/____/____/____

MAIL : _____@_____

Date de l'épreuve choisie : _____

Lieu de l'épreuve choisi : _____

Titre ou diplôme vous permettant de vous présenter à l'épreuve théorique (acquis ou en cours) : _____

Comment nous avez-vous connu ?

 Site internet Salon Portes-Ouvertes Journaux Facebook Linkedin Autre : _____

Date, signature du stagiaire:

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le :

Pièces déposées :

- Dossier complet et signé
- Demande d'inscription à l'examen
- copie du diplôme
- Document d'identité
- 1 chèque d'inscription

MODALITÉS D'INSCRIPTION



Envoyer le dossier complet à l'adresse administrative suivante:

CROIX ROUGE FRANÇAISE – CRFP
6 rue de la gare – 3ème étage
44 402 REZE cedex
ou par mail à crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr

**Dès réception, un mail de confirmation d'inscription vous sera adressé,
Quelques jours avant l'épreuve, nous vous adresserons convocation et un plan d'accès**



Pièces à fournir

- copie du diplôme d'exercice ou copie de l'attestation de réussite ou certificat de scolarité
- copie de la carte nationale d'identité recto/verso ou du passeport en cours de validité
- 1 courrier de demande d'inscription à l'examen
- 1 chèque d'inscription de 55 euros établi à l'ordre du CRFP Croix Rouge française

RENSEIGNEMENTS

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter :

- par mail : crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr
- par téléphone au 02 40 29 47 48

Toutes nos formations et nos dates sur <http://irfss-pays-de-loire.croix-rouge.fr>