



DOSSIER DE STAGE PRATIQUE CCEPS

Le participant :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE: ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL : ___/___/___/___/___ PORTABLE : ___/___/___/___/___

MAIL : _____@_____

La structure d'accueil :

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

TEL : ___/___/___/___/___

MAIL : _____@_____

Le maitre de stage :

NOM PRENOM : _____

QUALIFICATION : _____

TEL : ___/___/___/___/___ PORTABLE : ___/___/___/___/___

MAIL : _____@_____

Dates du stage : DU ___/___/___ AU ___/___/___

Horaires de stage (laissés à l'appréciation de la structure accueillante et du participant) : _____

Date, signature du responsable de stage :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le :

Pièces déposées :

- Dossier complet et signé
- attestation de validation d'épreuve théorique
- copie du diplôme
- Document d'identité
- certificat de vaccination
- attestation d'assurance

CONVENTION DE STAGE

i

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

L'établissement de la convention DE STAGE ne se fera qu'après réception de cette fiche accompagnée de l'intégralité des documents

La convention sera établie en 3 exemplaires et signée par toutes les parties **10 JOURS avant le début du stage**



Pièces à fournir

- Copie du diplôme d'exercice ou copie de l'attestation de réussite ou certificat de scolarité
- Attestation de validation d'épreuve théorique
- Document d'identité
- Certificat de vaccination
- Attestation d'assurance civile et RISQUES PROFESSIONNELS

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>

Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour l'établissement de votre dossier pédagogique et administratif. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Elles sont conservées par nos soins pendant toute la durée de votre formation et jusqu'à 5 ans après votre sortie. Le responsable de traitement est le Président de la Croix-Rouge française et, par délégation, le Directeur général. La Déléguée à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 Paris ou DPO@croix-rouge.fr. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à qualite.irfss-paysdeloire@croix-rouge.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). »

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné (e), Docteur certifie que
M/Mme
Né(e) le / / à a reçu les vaccinations suivantes et atteste qu'elles sont à jour :

DIPHTERIE - TETANOS - POLIO

1ère injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

2ème injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

3ème injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

RAPPEL : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

RAPPEL : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

VACCINATIONS A JOUR OUI NON **Cachet et signature du Médecin**

si non, vaccination prévue le

Vaccination effectuée le

VACCIN ANTI-TUBERCULEUX

1er Vaccin : Nature du Vaccin

B.C.G. : Date Méthode : N° du Lot :

TUBERTEST à 5 UNITES (OBLIGATOIRE) le résultat servira de test de référence (Art. R 3112-2 du Code Santé)

A faire dès l'inscription **Cachet et signature du Médecin**

Date Diamètre de la papulemm

HEPATITE B : Extrait de la circulaire du 16 avril 2007 DGS/SD5C/2007/164 : "une contre indication à la vaccination contre l'Hépatite B correspond de fait à une inaptitude à l'orientation vers les professions médicales ou paramédicales".

1ère injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

2ème injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

3ème injection : Date Nature du Vaccin

Dose N° du lot

SEROLOGIE HEPATITE B - OBLIGATOIRE : Date Résultat

A faire dès l'inscription (Joindre impérativement la copie des résultats du laboratoire d'analyses)

Cachet et signature du Médecin

Si sérologie négative, vaccination prévue le

Vaccination effectuée le

SIGNATURE DU MEDECIN

CACHET DU MEDECIN

DATE