	<b>INSTITUT DES FORMATIONS EN SANTE DE GUYANE</b>	<b>DEC/PM01/FE/2023-001</b>
	<b>Dossier d'inscription</b> <b>Département des enseignements continus</b>	<b>Date de création : 13/10/2023</b>
		<b>MAJ : /</b>
		<b>Version : 01</b>
		<b>Page 1 sur 5</b>

## Conditions générale de vente

### 1. Pré-inscription

Le bulletin d'inscription téléchargeable depuis le site internet <https://www.ght-guyane.fr> onglet « Enseignement - Formations paramédicales - DEC » est à compléter pour chaque participant et à retourner par mail ou courrier :

✉ [secretariat.ifs-cayenne@ch-cayenne.fr](mailto:secretariat.ifs-cayenne@ch-cayenne.fr)

📍 IFAS / IFAP / CFPPH - Centre hospitalier de Cayenne - Rue des Flamboyants - 97306 Cayenne - CEDEX

### 2. Inscriptions et conventions de formation

Le Département des enseignements continus de l'IFS de Guyane se réserve la possibilité d'annuler toute formation au plus tard avant le début de chaque session en raison d'un nombre insuffisant de participants ou en cas de force majeure. Il se réserve également la possibilité de modifier les dates des formations programmées en cas d'absolue nécessité.

#### Prise en charge individuelle :




Un justificatif de virement du montant de la formation demandée, établi à l'ordre de la Régie du Centre Hospitalier de Cayenne devra être obligatoirement joint à l'envoi du dossier d'inscription.

15 jours avant le premier jour de formation, une convocation sera envoyée par courriel accompagnée du règlement intérieur des stagiaires et de toutes les informations pratiques nécessaires.

#### Prise en charge par l'employeur :

15 jours avant le premier jour de formation, le secrétaire du Département des enseignements continus adressera à chaque établissement demandeur une convocation précisant le nom des stagiaires, dates et horaires de la formation. Elle sera accompagnée du règlement intérieur qui sera à remettre aux stagiaires.

L'établissement peut, jusqu'à 72 heures avant le début de la formation, informer le secrétariat du Département des enseignements continus du remplacement d'un stagiaire inscrit par un autre (si celui-ci remplit les conditions d'inscription stipulées dans le programme).

  	<b>INSTITUT DES FORMATIONS EN SANTE DE GUYANE</b>	<b>DEC/PM01/FE/2023-001</b>
	<b>Dossier d'inscription</b> <b>Département des enseignements continus</b>	<b>Date de création : 13/10/2023</b>
		<b>MAJ : /</b>
		<b>Version : 01</b>
		<b>Page 2 sur 5</b>

### 3. Déroulement de la formation

Chaque formation a lieu de 8h30 à 12h00 et 13h30 à 17h00.

Les participants s'engagent à respecter les horaires de formation, les règles d'hygiène et de sécurité et le règlement intérieur disponible sur le site internet via ce lien <https://www.gh-guyane.fr> onglet « Enseignement - Formations paramédicales - DEC ».

Des feuilles d'émargement établies pour chaque demi-journée, signées par les participants et le formateur attestent du déroulement de la formation.

### 4. Protection des données




Les documents remis aux participants pendant la formation constituent un support technique et demeurent la propriété intellectuelle de l'organisme de formation. Leur diffusion ou reproduction est formellement interdite.

### 5. Tarifs et conditions de règlement

Tous les ans, le Département des enseignements continus de l'IFS se réserve le droit de réviser le tarif des formations qu'il propose. Il couvre l'intégralité des frais engagés pour chaque session de formation.

Chaque formation donne lieu à la rédaction d'une convention, en cas de prise en charge par un établissement. Ce document est envoyé un mois avant le début de la formation et devra être obligatoirement retourné signé 15 jours maximum avant le début de la formation.

<b>Règlement par virement bancaire :</b>							
<b>Identifiant national de compte - RIB</b>							
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation			
10071	97300	00002005227	85	TPCAYENNE			
<b>Identifiant International de compte – IBAN</b>							
<b>International Bank Account Number</b>							
							<b>BIC (Bank Identifier Code)</b>
FR76	1007	1973	0000	0020	0522	785	TRPUFRP1
<p><b>Pour tout règlement fait par virement bancaire, veuillez préciser votre Nom, Prénom et l'intitulé de la formation concernée.</b></p>							

  	<b>INSTITUT DES FORMATIONS EN SANTE DE GUYANE</b>	<b>DEC/PM01/FE/2023-001</b>
	<b>Dossier d'inscription</b> <b>Département des enseignements continus</b>	<b>Date de création : 13/10/2023</b>
		<b>MAJ : /</b>
		<b>Version : 01</b>
		<b>Page 3 sur 5</b>

**DOSSIER D'INSCRIPTION - A renvoyer complet 1 mois avant la date de formation**

*Veillez écrire en lettres majuscules*

Nom – Prénom : .....

Intitulé de la formation : .....

.....

<b>PARTIE 1 : PIÈCES À FOURNIR</b>	<b>Réservé à l'administration</b>
① Bulletin d'inscription complété et à déposer au secrétariat	<input type="checkbox"/>
② 1 photo d'identité récentes en couleur (nom et prénom indiqués au dos)	<input type="checkbox"/>
③ Photocopie de votre pièce d'identité recto-verso en cours de validité (carte d'identité ou passeport)	<input type="checkbox"/>
④ Copie des originaux des diplômes	<input type="checkbox"/>
⑤ Copie de l'attestation personnelle d'assuré social	<input type="checkbox"/>
⑥ Copie d'attestation d'assurance de responsabilité civile	<input type="checkbox"/>
⑦ Justificatif de paiement des frais de formation à laquelle vous êtes inscrit (uniquement par virement bancaire au RIB ci-joint ; en espèce, carte bleue auprès de la Régie du Centre Hospitalier de Cayenne)	<input type="checkbox"/>
⑧ Attestation de demande d'aménagement de la formation à faire remplir par la MDPH (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>

**Dossier d'inscription**  
**Département des enseignements continus**

**PARTIE 2 : BULLETIN D'INSCRIPTION**

**Participant**

Madame       Monsieur

NOM (en majuscule) ..... PRENOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Lieu de naissance : .....

ADRESSE : .....

Code Postal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Ville .....

Téléphone \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Email .....

**Adresse précise et complète de votre employeur**

Etablissement :      Public       Privé

Nom de l'établissement

Adresse : .....

**Personne à contacter :**

Nom – Prénom responsable du service : .....

Téléphone : .....

Email : .....

**Formation prise en charge par :**

Votre employeur

Vous-même

**Convention de formation (pour la prise en charge des frais de formation)**

**Si le signataire de la convention de formation est différent de l'employeur, veuillez préciser les coordonnées :**

Etablissement : .....

Adresse : .....

Interlocuteur : M. / Mme : .....

Téléphone : .....

Email : .....

**Je souhaite participer à la formation :**

- Formation modulaire ASH – 70 heures
- Tutorer l'étudiant infirmier dans son parcours de stage
- Tutorer l'élève aide-soignant et auxiliaire de puériculture dans son parcours de stage
- Raisonnement clinique selon le modèle tri-focal pour les infirmiers
- Raisonnement clinique selon le modèle tri-focal pour les AS et AP
- Préparer le concours d'entrée à l'école d'infirmier anesthésiste

**Autorisation d'inscription demandée dans le cadre de la formation prise en charge par votre employeur**

Nom-Prénom Responsable structure :

Date et signature :



INSTITUT DES FORMATIONS EN SANTE DE GUYANE

DEC/PM01/FE/2023-001

Date de création : 13/10/2023

MAJ : /

Version : 01

Page 5 sur 5

**Dossier d'inscription**  
**Département des enseignements continus**

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE IFS DE CAYENNE	CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE RÉGIE – TRESOR PUBLIC																								
<p style="text-align: center;"><b><u>Coupon de paiement</u></b></p> <p>Cayenne le .....</p> <p>Nom du candidat : ..... Prénom du candidat : .....</p> <p>Prestations individuelles :</p> <table data-bbox="197 730 985 933"><tr><td><input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :</td><td><b>700.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :</td><td><b>200.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :</td><td><b>200.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :</td><td><b>400.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :</td><td><b>400.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :</td><td><b>1 150.00 €uros</b></td></tr></table> <p style="text-align: right;"><b>Total : ..... €uros</b></p> <p><b>Partie du coupon à renseigner par le candidat avec le justificatif du virement bancaire</b></p>	<input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :	<b>700.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :	<b>200.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :	<b>200.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :	<b>400.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :	<b>400.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :	<b>1 150.00 €uros</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Récépissé</u></b></p> <p>Cayenne le .....</p> <p>Nom du candidat : ..... Prénom du candidat : .....</p> <p>Prestations individuelles :</p> <table data-bbox="1205 730 1993 933"><tr><td><input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :</td><td><b>700.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :</td><td><b>200.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :</td><td><b>200.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :</td><td><b>400.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :</td><td><b>400.00 €uros</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :</td><td><b>1 150.00 €uros</b></td></tr></table> <p style="text-align: right;"><b>Total : ..... €uros</b></p> <p>Visa du régisseur :</p> <p style="text-align: center;"><i>Justificatif à joindre au dossier d'inscription</i></p>	<input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :	<b>700.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :	<b>200.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :	<b>200.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :	<b>400.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :	<b>400.00 €uros</b>	<input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :	<b>1 150.00 €uros</b>
<input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :	<b>700.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :	<b>200.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :	<b>200.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :	<b>400.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :	<b>400.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :	<b>1 150.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Formation modulaire ASH :	<b>700.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Tutorat Infirmier :	<b>200.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Tutorat Aide-Soignant/Auxiliaire de puériculture :	<b>200.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique Infirmier :	<b>400.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Raisonnement Clinique AS / AP :	<b>400.00 €uros</b>																								
<input type="checkbox"/> Préparation concours IADE :	<b>1 150.00 €uros</b>																								