



Infirmiers libéraux et salariés des centres de santé Bulletin d'inscription 2025 (ANDPC / FIFPL)

A compléter et retourner à igl accompagné de :

- ¹ Chèque de caution* de 90€ à l'ordre d'igl
- Attestation de paiement FAF-URSAFF 2024 (**Uniquement pour une prise en charge FIFPL**)

Nom _____ Nom de naissance _____

Prénom _____ Date de naissance ____/____/____

Adresse professionnelle _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél ____/____/____/____/____ Mail _____

N° IDENTIFICATION : ADELI* _____ RPPS* _____

* Obligatoire

Sollicite un hébergement (pour les personnes les plus éloignées (+ de 2 heures) et ne valant acceptation qu'après validation d'igl) OUI NON

Personne en situation de handicap : avez-vous besoin d'aménagement spécifique OUI NON

Pour les salariés de Centre de Soins

Raison sociale de l'établissement _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Mail du salarié (e) _____

Nom du responsable _____ Tél ____/____/____/____/____

Mail du responsable : _____

Intitulé de la formation choisie :

Dates : _____ **Financement sollicité :** ANDPC FIFPL

Attention - Pour obtenir le financement :

- **ANDPC** (jusqu'à 2 jours/an), vous **devez impérativement avoir créé** votre compte sur <https://www.agencedpc.fr/professionnel/>. Vous devez être en **activité** et être **conventionné** avec l'Assurance Maladie
- **FIFPL** (jusqu'à 2 jours/an), vous devez fournir votre attestation de paiement **FAF-URSAFF 2024**.

- ¹ Chèque de caution restitué lors de la participation à l'intégralité de la formation ou en cas de désistement, à condition de prévenir 15 jours avant le début de la formation (de date à date). Dans le cas contraire et quel que soit le motif de l'absence, celui-ci sera encaissé.
- Les inscriptions sont enregistrées par ordre d'arrivée. Nous vous conseillons de vous inscrire sans tarder. 18 participants maximum.
- Nous nous réservons le droit d'annuler une formation si le nombre d'inscriptions est insuffisant. L'ANDPC exige 5 participants minimum.

Je soussigné(e) _____ certifie avoir pris connaissance et accepte les conditions citées ci-dessus. Je m'engage à suivre la formation dans son intégralité et le cas échéant à régler le coût total ou partiel de la formation à igl en cas de dépassement de mes crédits de formation alloués par les dispositifs ANDPC et/ou FIFPL **.

Date : ____/____/____

Signature

Cachet professionnel

** Nous vous rappelons que vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt.

Les données personnelles recueillies sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation et font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont exclusivement utilisées par notre institut pour assurer le suivi de votre demande d'inscription, et vous informer le cas échéant des actions de formation susceptibles de vous intéresser. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification et de retrait des données qui vous concernent.

igl

Institut de formation et de recherche dans les domaines de la gérontologie et de la santé

45, rue Turgot – 87000 LIMOGES
Site Internet : www.igl-formation.fr

Tél. 05 55 32 32 59
E-mail : c.meriglier@igl-formation.fr

SIRET 389 336 363 000 38
Code APE : 8559 A