



FEDEFORMA
Fédération Nationale
de Formation Continue
et d'Évaluation
des Pratiques
Professionnelles
des Centres de Santé

74, avenue Pierre Larousse • 92240 MALAKOFF

FICHE D'INSCRIPTION FPC 2012

à retourner par la poste :

CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ

Docteur Eric MAY

74, avenue Pierre Larousse, 92240 MALAKOFF

tél. 01.41.17.43.43 • fax. 01.41.17.43.59

eric.may@hotmail.fr

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

N° Adeli _____

Adresse _____

Téléphone _____ Fax _____

E-mail _____

☐ temps complet ☐ temps incomplet

Le Centre de Santé où vous exercez :

Nom _____

Statut _____

N° Finess _____

Adresse _____

Téléphone _____ Fax _____

E-mail _____



Formations choisies

1	Hypertension artérielle et coronaropathies par les médecins de centre santé	18 et 19 octobre 2012	☐
2	Dépistage des cancers du sein et du colon par les médecins de centre de santé	29 et 30 novembre 2012	☐
3	Contraception, interruption volontaire de grossesse, infections sexuellement transmissibles en centre de santé	6 et 7 décembre 2012	☐
4	Insuffisance circulatoire et plaies chroniques par les infirmiers de centre de santé	20 et 21 septembre 2012	☐
5	Gestion de la douleur par les chirurgiens dentistes en centre de santé	10 et 11 mai 2012	☐
6	Dépistage et diagnostic des cancers des voies aériennes et digestives supérieures : le rôle du chirurgien dentiste	3 et 4 décembre 2012	☐

- ☐ Chèque de caution de 150 € établi à l'ordre de la FNFCEPPCS qui vous sera rendu en fin de stage ou bien en cas de désistement annoncé par courrier recommandé un mois avant la date du stage. Cette mesure est consécutive aux modalités de financement des stages.
- ☐ Je souhaite recevoir la liste des hôtels environnants et je serai remboursé à hauteur de 75 € (une nuitée prise en charge) sous réserve de remise de la facture originale.

Les repas sont offerts par la FNFCEPPCS.

FICHE À RETOURNER PAR LA POSTE :

Centre Municipal de Santé

Docteur Eric MAY

74, avenue Pierre Larousse, 92240 Malakoff

tél. 01 41 17 43 43 • fax. 01 41 17 43 59

eric.may@hotmail.fr

Date : _____

Signature