|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire à retourner par e-mail de préférence**  mail : nmeyer@apa.asso.fr | AREIPAH - Maison des Associations  6 route d’Ingersheim – 68000 Colmar  Téléphone : les matins 07 56 13 29 93 |

|  |
| --- |
| FORMATION DES BENEVOLES 2025DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PSC1 – 1ers secours |

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées de la personne | |
| Nom et Prénom |  |
| Date et lieu de naissance |  |
| Téléphone |  |
| Courriel : adresse de messagerie |  |
| Adresse |  |
|  |
|  |
| Vous êtes | □ Bénévole □ Aidant familial |
| Votre association ou votre établissement | |
| Nom de l’établissement |  |
| (Association – Etablissement) |  |
| Adresse |  |
| mail |  |
| Fonction / Mission exercée dans l’association ou l’établissement |  |
| La formation que vous avez choisie | |
| Numéro et intitulé de la formation |  |
| Lieu de la formation |  |
| Dates |  |
| Formateur |  |
| Je soussigné(e), m’engage à faire profiter les membres de l’association ou de l’établissement de l’acquis reçu lors de la formation | |
| Date |  |
| Signature du demandeur |  |