

**ACCORD EMPLOYEUR OU ORGANISME FINANCEUR
FORMATION DISPENSÉE PAR LE CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'UR-
GENCE DE L'ESSONNE (CESU 91)**

MERCI D'ENREGISTRER CE FORMULAIRE SUR VOTRE ORDINATEUR
(POSSIBILITÉ DE RÉPONDRE DIRECTEMENT SUR CE FORMULAIRE)
OU DE L'IMPRIMER

MERCI DE LE FAIRE PARVENIR COMPLÉTÉ, SIGNÉ
ET AVEC LE CACHET DE VOTRE ETABLISSEMENT OU ORGANISME

par Email cesu@samu91.org

ou

par courrier : CESU 91 - Centre d'Appels d'Urgences de l'Essonne
55, Bd Henri Dunant - 91100 Corbeil-Essonnes

Cet avis signé est nécessaire au dossier constitué par le demandeur

NOM

Prénom

AVIS SUR LA DEMANDE DE FORMATION DU PROFESSIONNEL :

Favorable

Défavorable

MOTIF (optionnel)

SIGNATURE DU DEMANDEUR

A.....

LE.....

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME FINANCEUR