

# Dossier d'inscription à la préparation de la pratique et stage CCEPS parcours 2

## ■ Vous êtes agent de l'AP-HP :

Informez votre cadre de la formation souhaitée. Envoyez la fiche d'inscription, renseignée et signée du cadre, au responsable de formation de votre site. Votre demande est saisie dans HR Access. Le responsable de formation du CRECCEPS reçoit votre demande et la valide en fonction des places disponibles.

## ■ Vous n'êtes pas agent de l'AP-HP :

Téléchargez le document « fiche inscription / engagement de paiement » ci-dessous, le complétez, le renvoyez signé à l'adresse suivante :

CRECCEPS IDF Campus Picpus  
33 boulevard de Picpus - CS 21 705 - 75012 Paris  
ou  
Par mail à [crecceps.idf@aphp.fr](mailto:crecceps.idf@aphp.fr)

A la réception de l'engagement de paiement, une convention vous sera adressée. L'inscription n'est définitive que lorsque l'établissement reçoit la convention de/des agents concernés. Il est vivement recommandé à l'établissement de garder une copie. Après signature de la convention, vous la retournerez au CRECCEPS avant le début de la formation.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez envoyer un mail à :  
[crecceps.idf@aphp.fr](mailto:crecceps.idf@aphp.fr)

**Centre régional des épreuves du certificat de capacité pour  
effectuer des prélèvements sanguins  
CRECCEPS IDF – Campus Picpus**

N° agrément : 1175PO15675

N° SIRET : 267 500 452 01175

**FICHE D'INSCRIPTION**

**Personnel hors Assistance Publique – Hôpitaux de Paris**

**Formation : Préparation à l'épreuve pratique CCEPS**

**Date(s) de la session souhaitées :**

**Nombre de jours : 1 journée    Prix de la formation : 190 euros**

**NOM PATRONYMIQUE :** ..... **Prénom :** .....

**NOM MARITAL :** ..... **Naissance :** .....

**Ville :** ..... **Département :** ..... **Pays :** .....

**Nationalité :** .....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

**Adresse personnelle :** .....

.....

**Diplôme professionnel obtenu :** .....

**Etablissement Employeur (nom, adresse) :** .....

.....

**Service :** .....

**Téléphone :** .....

*Je soussigné(e), ..... certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.*

*Date et signature*

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

**Je soussigné(e)** .....

**NOM - Prénom ou ETABLISSEMENT :** .....

.....

**Adresse :** .....

.....

**NOM et QUALITE du signataire :** .....

**M'engage à verser la somme de :**

euros	<b>pour la formation dès réception de l'avis de paiement établi par le Trésorier Payeur de l'AP-HP. La facture est établie service fait. Toute session commencée est due.</b>
-------	---

Fait, le

Signature