

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2024
AUXILIAIRE AMBULANCIER**

91 heures de formation
950 € par participant
24 places par session
(Cases réservées à l'IFA – ne pas cocher)

Cochez la session de votre choix (sous réserve des places disponibles – vous serez contacté en cas de session complète)

- 10/04/2024 au 26/04/2024
- 21/05/2024 au 06/06/2024
- 17/06/2024 au 03/07/2024
- 28/08/2024 au 13/09/2024
- 14/10/2024 au 30/10/2024
- 12/11/2024 au 28/11/2024

Dossier remis en main propre le :

Dossier reçu par courrier le :

Mme M Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date, lieu et département de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Tel. Fixe :

Tel portable : **Courriel (obligatoire) :**

Prise en charge de la formation :

<input type="checkbox"/> <u>Autofinancement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Organisme</u> Identifiant	<input type="checkbox"/> <u>Entreprise</u> Raison Sociale : Adresse :
---	--	---

Pièces à joindre (se reporter au guide de constitution ci-après) :

- Copie **recto verso** du permis de conduire
- Copie **recto verso** de la carte nationale d'identité ou du passeport (en cours de validité)
- Copie du feuillet CERFA complété puis copie de l'attestation préfectorale dès réception par la Préfecture
- Certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier complété par un médecin agréé par **l'ARS - Agence Régionale de la Santé** - (document en pièce jointe – **retourner l'original impérativement**)
- Fiche médicale de vaccinations complétée (document en pièce jointe – **retourner l'original impérativement**)
- Copie de la sérologie de l'hépatite B (résultat de la prise de sang)
- Copie de l'attestation de droit du régime de protection sociale (CPAM...)
- Copie de l'attestation de responsabilité civile vie privée (à demander à votre assureur)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint au dossier d'inscription) et des conditions de règlement et d'annulation mentionnées en page 2 et 3.

« Vous concernant, identifiez-vous un besoin d'adaptation particulier ? (Adaptation des supports pour dyslexie par exemple) »

Oui Non

Si oui, précisez.....

Fait à, le SIGNATURE

Conditions d'inscription

Déposez le dossier dûment complété directement à notre secrétariat si vous le souhaitez ou renvoyez-le par courrier à :

- **IFA de Bordeaux – FORMA SANTE**
19/21 avenue Léonard de Vinci - Zone Europarc
33600 PESSAC

Dès réception du bulletin d'inscription, l'IFA de Bordeaux adressera un courriel de confirmation d'inscription ainsi qu'un contrat de prestation au participant.

Montant

950€ par participant - Montant non assujetti à la TVA

Aucune réservation de place n'est possible

Vous ne serez inscrit qu'à réception de votre dossier d'inscription, de la signature de votre contrat avec le règlement de l'acompte des 200€ pour un financement personnel dans le délai des 14 jours (délai légal de rétractation)

L'établissement d'un devis ne vaut pas inscription

Règlement

Si la formation est prise en charge par un organisme tiers, il appartient au candidat ou à son employeur :

- indiquer sur le bulletin d'inscription le nom de l'organisme financeur de la formation et d'y notifier l'identifiant POLE EMPLOI afin qu'un devis puisse être transmis sur son espace demandeur d'emploi.

Si la formation est financée directement par le stagiaire, il recevra un contrat à son inscription qu'il devra nous retourner signé par voie postale. Il sera ensuite demandé au participant de nous faire parvenir le versement de l'acompte de 200€ qui sera perçu 14 jours après (délai légal de possibilité de rétractation). Le solde de 750€ pourra faire l'objet d'un échelonnement sur la durée de la formation.

Le règlement de la formation peut être effectué :

- par chèque libellé à « **FORMA SANTE** »
- par virement : nous contacter afin de pouvoir obtenir le **RIB** adéquat
- en espèces, un reçu vous sera remis faisant foi de la transaction.

Conditions d'annulation

Les annulations doivent se faire par courrier en lettre recommandée avec accusé de réception pour tout financement personnel et par mail pour tous les stagiaires faisant l'objet d'une demande de financement par un organisme financeur (AIF...) au minimum quinze jours avant l'entrée en formation.

Les annulations par téléphone ne sont pas prises en compte.

- Les 200€ d'acompte sont perçus 14 jours après la signature de la convention de formation. Ils sont non remboursables en cas d'annulation au-delà de la période légale de rétractation.
- Le solde 750€ pourra faire l'objet d'un échelonnement des paiements au fur et à mesure du déroulement de l'action de formation (conformément aux dispositions de l'article L 6353-6 du code du travail)
- En cas de force majeure dûment reconnue, le stagiaire peut rompre le contrat. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont rémunérées à due proportion de leur valeur prévue au contrat (conformément aux dispositions de l'article L 6353-7 du code du travail).

Conformément à la loi du 06/01/1978, les informations peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès et de rectification auprès de notre service commercial.

Quelques informations utiles à la constitution de votre dossier

Nous inscrivons les personnes par ordre d'arrivée : aucune réservation de place ne peut être faite par téléphone et sans dossier. Il n'y a donc pas de date limite de dépôt de dossier : la limite sera effective lorsque le quota de 24 places maximum par session sera atteint.

Aucun prérequis n'est exigé pour cette formation hormis le fait d'avoir 3 ans de permis révolus au moment de l'entrée en formation (ou 2 ans dans le cadre d'une conduite accompagnée)

Vous devez prendre rendez-vous avec un médecin agréé **PREFECTURE** (rechercher sur internet la liste des médecins agréés PREFECTURE de votre région) et passer une visite médicale avec ce médecin. Celui-ci vous complètera le feuillet CERFA (n°14880*02), que vous trouverez sur notre site internet, en indiquant si vous êtes apte ou non à conduire des ambulances.

Si vous êtes apte, vous devrez ensuite déposer avec ce CERFA un dossier de demande d'attestation préfectorale auprès de la Préfecture ou Sous-Préfecture. Reportez-vous à l'information sur notre site internet qui vous indique la marche à suivre pour la Gironde. Pour les autres départements, vous devrez vous rapprocher de votre Préfecture ou Sous-Préfecture. Dans tous les cas, cette demande doit être effectuée en fonction de votre lieu d'habitation.

La copie du feuillet CERFA complété par le médecin sera à nous transmettre dans un premier temps puis la copie de l'attestation dès que la Préfecture vous l'aura délivrée (carte verte en Gironde).

ATTENTION ! Il y a un certain délai pour l'obtention en GIRONDE (en règle générale 1 mois minimum) : il est inutile de relancer téléphoniquement la Préfecture.

La copie du feuillet CERFA est obligatoire pour le dossier. En revanche, même si fournir la copie de l'attestation préfectorale avant d'entrer en formation, voire pendant la formation, serait souhaitable, cela ne sera absolument pas bloquant si vous ne l'avez pas reçue à temps.

Vous trouverez dans le dossier d'inscription un **certificat de non-contre-indications** : vous devrez prendre rendez-vous avec un **médecin agréé ARS** - (rechercher sur le site internet de l'A.R.S. [Agence Régionale de la Santé] la liste des médecins agréés de votre région)

Afin de tout effectuer lors d'une seule et même consultation, vous pouvez trouver un médecin qui a les deux agréments et donc qui apparaisse à la fois sur la liste ARS et sur la liste PREFECTURE.

Attention, ARS et PREFECTURE sont bien deux agréments différents mais certains médecins ont les deux.

Vous ne paierez ainsi qu'une seule consultation (non remboursée par la CPAM)

Le dossier médical doit être également à jour. Voici quelques précisions :

- la fiche médicale jointe au dossier d'inscription est à faire compléter par le médecin de votre choix comme votre médecin traitant par exemple (pensez à amener votre carnet de santé)

- Vous devrez voir avec votre médecin si vous avez déjà été vacciné(e) contre l'hépatite B. Si ce n'est pas le cas, vous allez entamer la procédure de la vaccination selon le schéma choisi par votre médecin.

Si votre sérologie (résultat de la prise de sang à nous transmettre) **s'avérait négative ou inférieure à 10** (ligne "anticorps anti Hbs" ou « AC anti Hbs »), votre médecin devra vous établir **une attestation spécifiant impérativement la phrase suivante : "Monsieur ou Madame XXXXXX est apte à suivre la formation et exercer la profession d'auxiliaire ambulancier malgré une sérologie négative / inférieure à 10"**.

L'attestation de droit au régime social, dans le cas où vous dépendez de la Sécurité Sociale, sera à télécharger sur votre compte AMELI si vous en possédez un ou à retirer sur une borne C.P.A.M. avec votre carte VITALE. Il s'agit d'un feuillet avec un tableau récapitulant vos droits. Les dates indiquées sur ce tableau doivent couvrir la période de formation. **Attention, ce n'est pas la copie de la carte VITALE qui est demandée.**

L'attestation de RESPONSABILITE CIVILE est à demander à votre assureur.

Très généralement, elle est liée à votre contrat HABITATION. Si vous êtes hébergé(e), la personne qui vous loge doit établir une attestation sur l'honneur et fournir sa propre responsabilité civile. Vous devrez également, dans la mesure du possible, nous fournir un justificatif de domicile à votre nom rattaché à cette adresse (facture téléphone par exemple)

Vous pouvez déposer dans un premier temps une partie du dossier afin de vous garantir une place sur une session : certaines pièces sont en effet plus faciles à obtenir telles que la copie de la pièce d'identité, du permis de conduire ou l'attestation CPAM....

Vous continuerez de compléter votre dossier au fur et à mesure mais attention cependant, en dehors de l'attestation préfectorale qui peut mettre du temps à être délivrée par la Préfecture, toutes les pièces du dossier devront être enregistrées impérativement deux semaines avant la formation. Dans le cas contraire, votre place ne serait plus garantie sur la session choisie.

**Les horaires de formation : 8h30 / 11h30 - 12H30 / 16H30
(sous réserve de modifications)**

Une convocation vous sera adressée par mail une semaine au plus tard avant le début de la formation avec tous les détails pratiques

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATIONS A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Établi par un médecin agréé par l'ARS de votre département

Je soussigné (e), Docteur,
Médecin agréé par l'ARS certifie avoir examiné ce jour :
Mr/Mme.....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique,
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) : visuel, auditif,
amputation d'un membre....

Fait à, le

Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 225-1 à R. 225-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

N°14880*02

1

ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RAJURE

Nom de naissance _____
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) _____
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) _____
(ex : nom d'épouse(s))

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé) _____

Commune de naissance _____ Département ou Collectivité d'outre-mer _____

Pays _____
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie _____ Extension : bis, ter, etc. _____ Type de voie : avenue, boulevard, etc. _____

Nom de la voie _____

Complément d'adresse _____
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal _____ Commune _____

Courriel (Recommandé) _____

2 Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	B1	B1E	D	DE
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	B1	B1E	D	DE
----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical :

En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

3-1 Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4 Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5 APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd

APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et _____ à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :
 dispositif de correction et/ou protection de la vision
 autres

INAPTE Groupe léger Groupe lourd

Observations : _____

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :
 ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.

7 DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE
 Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8 Fait le : _____ / _____ / _____

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

**- Inscription des étudiants en santé -
 Fiche médicale à valider par un médecin**

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **ou Institut de formation :** **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Année d'admission :** **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)
 Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.
 Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B** Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**
 Rappel des conditions d'immunisation :
 1) Ao anti-HBs > 100 UI/ml (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
 2) Ao anti-HBs ≥ 10 UI/ml et Ao anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)
 Les différents schémas complets :
 - soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
 - soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19
 Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)
 Personnes nées avant 1980 :
 Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
 Personnes nées depuis 1980 :
 vaccination 2 doses recommandées quel que soient les ATCD
 Schéma vaccinal :
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle Antécédent de maladie
 Pas d'antécédent ou doute
 Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
 Joindre le résultat**
 Si sérologie négative => Vaccination recommandée
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C
 Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019)

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.
 Fait le : _____
 Signature et cachet du praticien : _____
 * Obligatoire
 ** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

tétanos

oreillons

méningocoque C

diphtérie

rougeole

coqueluche

MÉMO VACCINATION

à destination des étudiants en santé et des professionnels en charge de leur vaccination

Version 2023-2024

Vaccinations obligatoires, vaccinations recommandés, quelle différence ?

Vaccinations obligatoires : Références aux articles L3111-4.

- LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, articles 12, 13 et 14 notamment.
- Décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales

Vaccinations obligatoires (DTP, Hep B, Covid)

- Responsabilité de l'employeur d'exiger les preuves vaccinales,
- Prise en charge par l'employeur,
- Le médecin du travail doit s'assurer que :
 - les vaccinations ont été réalisées,
 - l'immunité des salariés (selon vaccin) est compatible avec l'activité professionnelle, sans nuire à leur santé,
- Si refus ou contre-indication ET en fonction de l'évaluation du risque et des moyens de prévention :
 - aptitude à évaluer au cas par cas (voire inaptitude),
 - risque de refus d'embauche ou de rupture de contrat,
- Les étudiants doivent apporter la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation (carnet de santé ou vaccinal, sérologie...). A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

Vaccinations recommandées

- Vaccination à la charge de l'employeur en fonction du risque professionnel,
- L'employeur ne peut exiger la vaccination mais certaines sont fortement recommandées (Coq, ROR, Grippe, Varicelle,...)
- Si refus de la vaccination par le salarié :
 - pas d'éviction systématique du poste, ni d'inaptitude de fait
 - il est primordial de délivrer à la personne une information claire concernant les risques encourus et les moyens de prévention.
 - Mettre en place des mesures barrières si nécessaire (port du masque, lavage des mains...)



OBJET ET CHAMP D'APPLICATION :

Toute commande de formation implique l'acceptation sans réserve par l'acheteur et son adhésion pleine et entière aux présentes conditions générales de vente qui prévalent sur tout autre document de l'acheteur, et notamment sur toutes conditions générales d'achat.

I. FORMATIONS INTRA-ENTREPRISE

I.1. Définition :

Formation réalisée sur mesure pour le compte d'un Client ou d'un groupe de clients généralement exécutée dans les locaux du client.

I.2. Documents contractuels :

Pour chaque formation intra-entreprise acceptée, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

I.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA.

Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA.

Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demie le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

I.4. Conditions d'annulation et de report :

L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler une formation, de modifier le choix des animateurs, si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent et ce sans indemnités.

Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.

Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 30% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

I.5. Obligations du client :

Le Client s'engage à proposer une salle de formation conforme à la réglementation en vigueur d'accueil du public.

I.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire reste soumis au pouvoir de discipline de l'employeur.

II. FORMATIONS INTER-ENTREPRISES

II.1. Définition :

Formation sur catalogue réalisée dans nos locaux ou dans des locaux mis à disposition par Forma Santé.

II.2. Documents contractuels :

Le bulletin d'inscription est envoyé par le client par courrier, par mail, par fax ou par le biais du site.

Une confirmation d'inscription est adressée par Forma Santé qui décidera, en fonction du nombre d'inscriptions, de mettre en place la formation.

Pour chaque formation inter-entreprises mise en place, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

Lorsqu'une personne physique entreprend une formation à titre individuel et à ses frais, le contrat est réputé formé par la seule signature de la convention de formation. Cette convention est soumise aux dispositions des articles L6353-3 à L6353-7 du Code du travail.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

II.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA.

Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA.

Toute formation commencée est due en intégralité.

Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demie le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

II.4. Remplacement d'un participant :

Forma Santé offre la possibilité de remplacer un participant par un autre participant ayant le même profil et les mêmes besoins en formation. Le remplacement d'un participant est toujours possible sans indemnités.

II.5. Conditions d'annulation et de report :

Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant pour assurer le bon déroulement de la session de formation, Forma Santé se réserve la possibilité d'ajourner la formation au plus tard une semaine avant la date prévue et ce, sans indemnités.

Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.

Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 50% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est annulée et reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

II.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire doit respecter le règlement intérieur de l'organisme de formation. Ce dernier est consultable sur le site de Forma Santé ou auprès du secrétariat des stages inter-entreprises.

III. DISPOSITIONS COMMUNES INTRA ET INTER

III.1. Informatique et libertés

En tant que responsables du traitement de vos données personnelles, les différentes structures du groupe Avenir Santé Formation s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles transmises, et ce dans le respect des dispositions légales en vigueur. Le détail de ces principes et actions visant au respect de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel sont décrites dans la charte de protection des données personnelles du groupe, disponible sur le site internet de chacune de ses entités. Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles, chaque personne bénéficie d'un droit d'accès, d'édition des directives anticipées, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation aux traitements de données la concernant. Ces droits peuvent être exercés en nous contactant via l'adresse mail : rgpd@avenirsanteformation.fr. Pour en faciliter le traitement, la personne est invitée à préciser dans sa demande son nom, son prénom, son adresse mail, sa qualité (stagiaire, client, formateur, salarié...), son établissement (si stagiaire ou client), la structure du groupe avec laquelle il est en contact et toutes informations jugées utiles par ses soins. Le groupe Avenir Santé Formation s'engage à adresser une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'exercice de ce droit. A défaut, il est possible de saisir les autorités compétentes et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Le Client s'engage à informer chaque Stagiaire de ses droits.

III.2. Renonciation

Le fait pour Forma Santé de ne pas se prévaloir à un moment donné de l'une quelconque des clauses des présentes, ne peut valoir renonciation à se prévaloir ultérieurement de ces mêmes clauses.

III.3. Loi applicable

Les Conditions Générales et tous les rapports entre Forma Santé et ses Clients relèvent de la Loi française.

III-3bis Engagement de non-réutilisation

Par la signature de la présente convention, le Client s'engage pour lui-même, ses agents, employés, collaborateurs, préposés, prestataires, conseils et tous autres tiers en lien avec lui, à n'utiliser ni ne transmettre à toute personne physique ou morale sans l'autorisation expresse et écrite préalable de Forma Santé, aucun des éléments dont il aura pu avoir connaissance, sous quelque format que ce soit, dans le cadre du déploiement de l'action de formation objet de la présente convention. En particulier, et sauf accord express intervenu entre le Client et Forma Santé, le Client s'interdit d'inclure dans les groupes de formation des stagiaires dont le rôle présent ou à venir serait de mettre en œuvre, à partir des éléments acquis lors de la formation, une démultiplication de tout ou partie de cette même formation auprès d'un public plus large.

La mise en œuvre d'une telle démarche constituerait une contrevention aux droits de propriété intellectuelle de Forma Santé, de ses préposés ou de ses prestataires, et passible de poursuites, conformément aux Lois et Règlements en vigueur.

III.4. Attribution de compétences

Tous litiges qui ne pourraient être réglés à l'amiable seront de la COMPÉTENCE EXCLUSIVE DU TRIBUNAL DE COMMERCE DE PARIS quel que soit le siège ou la résidence du Client, nonobstant pluralité de défendeurs ou appel en garantie. Cette clause attributive de compétence ne s'appliquera pas au cas de litige avec un Client non professionnel pour lequel les règles légales de compétence matérielle et géographique s'appliqueront. La présente clause est stipulée dans l'intérêt de la société Forma Santé qui se réserve le droit d'y renoncer si bon lui semble.

III.5. Élection de domicile

L'élection de domicile est faite par Forma Santé à son siège social au 5, avenue Dauphine 45000 Orléans.

FORMA SANTÉ

Institut de Formation d'Ambulanciers de Bordeaux
19/21 avenue Léonard de Vinci – Zone Europarc – 33600 PESSAC
Tél : 05 56 36 72 23 - Fax : 05 57 26 94 51
Courriel : ifabo@formasante.fr
APE : 8559A - N° SIRET : 420 309 627 00 081