



**Mises en situation et Jeux de rôle**

**12 participants maximum**

**La Rochelle, le 10 novembre 2023**

**1 journée - 7 heures**  
**Horaires : 9h à 17h30**  
**Déjeuner inclus**

**Objectifs opérationnels :**

- Identifier les difficultés techniques et de prise en charge rencontrées depuis la formation AFGSU 1-2 initiale
- Réactiver et actualiser ses connaissances sur la prise en charge des différents types d'urgences ( urgences vitales, potentielles, risques collectifs )

**Public et prérequis :** Être chirurgien-dentiste ou Assistant(e) Dentaire

**Détenir une AFGSU dont la date de validé d'excède pas 4 ans ( la présentation de la dernière attestation officielle est requise pour l'inscription )**

**Programme :** Fiche descriptive complète et règlement intérieur téléchargeables sur [www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr) / Formations

**Tarifs et financements possibles :**

| <input type="checkbox"/> Praticien adhérent 360 €   |   | <input type="checkbox"/> Praticien non adhérent 392 €  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avec le FIF PL   | <input type="checkbox"/> Je suis chirurgien-dentiste libéral                    | <input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un <b>délaï maximal de 15 jours</b> avant le démarrage de la formation.<br>Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <a href="http://www.fifpl.fr">www.fifpl.fr</a>              |  |
|   | <input type="checkbox"/> Je suis assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet |  |  |
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) praticien adhérent 360 €                                    |   | <input type="checkbox"/> Assistant (e) praticien non adhérent 392 €  |  |
| <input type="checkbox"/> Avec OPCO EP<br>SIRET : 784 719 247 000 57<br>N° organisme : 11752372075 | <input type="checkbox"/> Je suis assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet | <input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un <b>délaï maximal de 15 jours</b> avant le démarrage de la formation.<br>Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <a href="https://www.opcoep.fr/">https://www.opcoep.fr/</a> |  |
|   | <input type="checkbox"/> Je suis chirurgien-dentiste libéral                    |  |  |

**Inscription :**

|                        | Chirurgien-dentiste   | Assistant(e) dentaire   |
|------------------------|---|---|
|                        | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom d'usage* :         | .....   | .....   |
| Nom de naissance :     | .....   | .....   |
| Prénom :               | .....   | .....   |
| Date de naissance :    | .....   | .....   |
| Lieu de naissance :    | .....   | .....   |
| Email :                | .....   | .....   |
| Numéro de téléphone :  | .....   | .....   |
| Adresse :              | .....   | .....   |
| Ville et Code Postal : | .....   | .....   |

Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite apporter mon soutien à l'UFSBD de mon département, je joins un chèque de 60€

**Modalités d'inscription et contacts :**

1. Bulletin d'inscription à renvoyer accompagné du chèque de règlement. Le chèque ne sera encaissé qu'à l'issue de la formation
2. **Joindre au bulletin d'inscription une copie de votre dernière AFGSU dont la validité n'excède pas 4 ans. Seule l'attestation officielle AFGSU sera acceptée ( attestation FIFPL ou de présence non valables )**
3. A réception de votre bulletin d'inscription, vous recevez un mail de confirmation d'inscription
4. 15 jours avant le début de votre formation, vous recevrez par courrier postal votre convocation à la formation
5. Dans un délai de 7 jours après la formation, vous recevrez, par email, votre attestation de présence et de règlement

**Information/inscription :** UFSBD Formation – 7 rue Mariotte 75017 Paris – Tél : 01.44.90.93.91/94 – [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr)

**Contact Réfèrent Handicap :** [referenthandicap@ufsbd.fr](mailto:referenthandicap@ufsbd.fr)

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Les lieux, horaires et conventions me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation. Toute demande d'annulation ou de report doit être notifiée par écrit et transmise à l'adresse [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr) (conditions d'annulation et de report consultables sur les CGV). Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant et/ou en cas de force majeure (grève nationale, transports, intempéries...) l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner ou annuler la prestation avant la date prévue et ne versera aucune indemnité (RGPD) sur [www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr) \*Retrouvez notre Charte de traitement des données personnelles