



Mises en situation et Jeux de rôle

12 participants maximum

**Aix-en-Provence, les 6, 7 et 8 mars 2024**

**Objectifs opérationnels :**

- Permettre au praticien et à son assistant(e) d'acquérir, en binôme, les connaissances pour reconnaître une situation d'urgence
- Alerter précocement les services de secours et intervenir en sécurité au cabinet
- Gérer son stress face à une situation d'urgence

3 jours – 21 heures  
Horaires : 9h à 17h30  
Déjeuner inclus

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

**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 UFSBD 780 €	<input type="checkbox"/> Praticien non adhérent UFSBD 850 €
<input type="checkbox"/> Avec le FIFPL	- Je suis <b>chirurgien-dentiste libéral</b> - Je retourne le bulletin d'inscription accompagné du chèque de règlement à l'UFSBD- 7 rue Mariotte – 75017 PARIS <b>maximum de 15 jours avant la formation</b> Demande de remboursement à faire auprès du FIFPL sur <a href="http://www.fifpl.fr">www.fifpl.fr</a>
<input type="checkbox"/> Assistante(e) Praticien adhérent UFSBD 680 €	<input type="checkbox"/> Assistante(e) Praticien non adhérent UFSBD 680 €
<input type="checkbox"/> Avec OPCO EP  Siret : 784 719 247 00057 N°Organisme : 11752372075	- Je suis <b>assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet</b> - Je retourne le bulletin d'inscription accompagné du chèque de règlement à l'UFSBD- 7 rue Mariotte – 75017 PARIS <b>maximum de 15 jours avant la formation</b> Demande de remboursement à faire auprès du FIFPL sur <a href="http://www.fifpl.fr">www.fifpl.fr</a>

**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. A réception de votre bulletin d'inscription, vous recevez un mail de confirmation d'inscription
3. 15 jours avant le début de votre formation, vous recevrez par courrier postal votre convocation à la formation
4. 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 Référent 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