



Mises en situation et Jeux de rôle

12 participants maximum

**LYON, le 20 mars 2026**

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"/> <b>Praticien adhérent UFSBD 360 €</b><br><br><input type="checkbox"/> Avec le FIFPL                                                                            | <input type="checkbox"/> <b>Praticien non adhérent UFSBD 392 €</b><br>- Je suis <b>chirurgien-dentiste libéral</b><br>- 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><br>Demande de remboursement à faire auprès du FIFPL sur <a href="http://www.fifpl.fr">www.fifpl.fr</a>                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Assistante(e) Praticien adhérent UFSBD 360 €</b><br><br><input type="checkbox"/> Avec OPCO EP<br><br>Siret : 784 719 247 00057<br>N°Organisme : 11752372075 | <input type="checkbox"/> <b>Assistante(e) Praticien non adhérent UFSBD 392 €</b><br>- Je suis <b>assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet</b><br>- 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><br>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                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nom d'usage* :         | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom de naissance :     | .....                                                             | .....                                                             |
| Prénom :               | .....                                                             | .....                                                             |
| Date de naissance :    | .....                                                             | .....                                                             |
| Lieu de naissance :    | .....                                                             | .....                                                             |
| Email :                | .....                                                             | .....                                                             |
| Numéro de téléphone :  | .....                                                             | .....                                                             |
| Adresse :              | .....                                                             | .....                                                             |
| Ville et Code Postal : | .....                                                             | .....                                                             |

☐ Si vous souhaitez adhérer à l'UFSBD, RDV sur notre page dédiée **ADHESION EN LIGNE** > <https://www.ufsbd.fr/espace-pro/rejoignez-lufsbd/>

### 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)

**Etes-vous en situation de handicap ?** OUI / NON

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



Bulletin d'inscription  
LES URGENCES MEDICALES (AFGSU 2)  
JOURNÉE DE REVALIDATION



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