

### Organisme de formation

Tél : 05 59 71 45 29

E-mail de contact AFGSU : [lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr](mailto:lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr)

Site web : [www.mediconseil-formation.fr](http://www.mediconseil-formation.fr)

N°SIRET : 835 149 824 00038

N° Déclaration d'activité : 75640432364

### FORMULAIRE ÉTABLISSEMENT

→ à remplir 1 seule fois si plusieurs inscrits du même établissement

Formulaire à compléter et à adresser par mail à : [lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr](mailto:lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr)

**ATTENTION : doit être accompagné de la copie de la dernière attestation AFGSU 2 en cas de recyclage**

Votre choix de formation : ☐ AFGSU 2 (3j) ☐ AFGSU 1 (2j) ☐ Recyclage (1j) : niveau .....

Session choisie : ☐ **13, 14, 15 avril 2026** (initiale niv2)  
☐ **18, 19, 20 mai 2026** (initiale niv2)  
☐ **Jeudi 21 mai 2026** (recyclage niv2)  
☐ **25, 26 et 29 juin 2026** (initiale niv2)

**Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)**  
**Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)**  
**Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)**  
**Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)**

### L'ÉTABLISSEMENT

Dénomination sociale :

.....

Direction de l'établissement (NOM et prénom):

.....

N°SIRET :

.....

○ Email direction :

.....

☐ Public

○ Téléphone direction :

.....

☐ Privé

Adresse et code postal :

.....

.....

Contact formation :

.....

Adresse de facturation (si différente) :

.....

.....

○ Email contact formation :

.....

○ Téléphone contact formation :

.....

**Organisme de formation**

Tél : 05 59 71 45 29

E-mail de contact AFGSU : [lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr](mailto:lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr)

Site web : [www.mediconseil-formation.fr](http://www.mediconseil-formation.fr)

N°SIRET : 835 149 824 00038

N° Déclaration d'activité : 75640432364

**FORMULAIRE STAGIAIRE**

→ 1 formulaire par participant - **obligatoire**

Formulaire à compléter et à adresser par mail à : [lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr](mailto:lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr)

*ATTENTION : doit être accompagné de la copie de la dernière attestation AFGSU en cas de recyclage*

**LE STAGIAIRE**

NOM (MAJUSCULE)

PRENOM

LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE E-MAIL

TÉLÉPHONE

ADRESSE ET CODE POSTAL

FONCTION OCCUPÉE

DIPLÔME (OU NIVEAU)

☐ **Cochez cette case si vous êtes en situation de handicap.**

Nous entrerons rapidement en contact avec vous pour estimer les besoins d'adaptation.

**PRÉCISEZ-NOUS VOS BESOINS ET  
ATTENTES DANS LE CADRE DE  
CETTE FORMATION**