

ETAT CIVIL

Nom : Prénom 1 :

Nom d'usage : Prénom 2 :

(Pour les femmes mariées)

Né(e)le : ____ / ____ / ____ (JJ/MM/XXXX)

Département de Naissance : |__| |__| |__| |__| Nom Du Département :

Commune de Naissance : (Préciser l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Pays de Naissance : Nationalité :

Sexe : Féminin Masculin

Situation Familiale : 1 Seul(e) sans enfant 2 En couple sans enfant 3 Seul(e) avec enfants 4 en couple avec enfants

Situation Militaire (Pour les étudiant(e)s français(es) uniquement) :

⊙ Jeunes hommes nés avant 1979 : 4 Service accompli 3 Exempté

⊙ Jeunes hommes nés à partir de 1979 et jeunes filles à partir de 1983 : Journée Défense et Citoyenneté (ex JAPD) :

5 Recensé(e) 6 Effectuée 7 En attente

ETUDES UNIVERSITAIRES

Année de votre première inscription dans l'enseignement supérieur français : |__| |__| |__| |__| - |__| |__| |__| |__|

Année de votre première inscription en université française : |__| |__| |__| |__| - |__| |__| |__| |__|

Préciser le nom de l'université : Code Postal : |__| |__| |__| |__| |__|

Année de votre première inscription à Paris-Saclay : |__| |__| |__| |__| - |__| |__| |__| |__|

BACCALAUREAT OU TITRE D'ACCES A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

⊙ **Titulaire du Baccalauréat français :**

Année d'obtention : Série :

Nom du lycée : Département : |__| |__| |__| |__|

⊙ **Non Titulaire du Baccalauréat français :**

0031 Bac ou titre étranger 0037 Autre Cas de non Bachelier 0036 Validation des acquis

Autre situation, Précisez :

Année d'obtention : Pays : Département : |__| |__| |__| |__|

ADRESSE PERSONNELLE

N°, Rue, Bâtiment, etc :

Code postal : |__| |__| |__| |__| |__| Commune : Pays :

Téléphone portable : |__| |__| |__| |__| |__| |__| (Adresse postale pour réception de votre certificat de scolarité)

Email :@.....

REGIME D'INSCRIPTION

- Formation Continue autofinancée (inscription à titre individuel)
 Formation Continue financée par un organisme public ou privé

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Exercez-vous une activité professionnelle : oui non (code 82)

Si oui précisez : CDD CDI

31 - Profession libérale 33 - Cadre de la fonction publique 34 - Professeur, profession scientifique

38 - Ingénieur, cadre technique 43 - Profession intermédiaire santé et travail social

Autre - Précisez :

Quotité de travail : 1 Temps complet 2 Temps partiel (+ ou= à 120h/trimestre)

3 Temps partiel (- 120h/trimestre)

DERNIER ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR FREQUENTE

Type d'établissement : LY - Lycée 16 - Université française 10 - Etablissement d'enseignement étranger

Autre - Précisez :

Département : | | | | | ou pays : Année : | | | | | - | | | | |

Nom de l'établissement :

SITUATION DE L'ANNEE PRECEDENTE (formation suivie en 2021-2022)

H - université française R - établissement étranger S- autre établissement ou cursus

U - Non scolarisé mais précédemment entré dans l'enseignement supérieur français

T - Non scolarisé et jamais entré dans l'enseignement supérieur français

Autre - Précisez :

Nom de l'établissement :

Département : | | | | | ou pays :

DERNIER DIPLOME OBTENU

034 - Diplôme secteur paramédical et social 055 - Diplôme de fin de second cycle 500 - Diplôme étranger

519 - Autre diplôme supérieur 079 - Diplôme univ 3^{ème} cycle

Autre - Précisez :

Nom de l'établissement :

Département : | | | | | ou pays : Année : | | | | | - | | | | |

BOURSE POUR 2022-2023

Bénéficiez-vous d'une bourse pour l'année 2022-2023 ? Oui non

Si oui précisez : Bourse sur critères sociaux Bourse du gouvernement français

Joindre obligatoirement une copie de **l'avis définitif** au dossier d'inscription

RECENSEMENT DES ETUDIANTS PRESENTANT UN HANDICAP

Si vous êtes en situation de handicap merci de compléter le formulaire de recensement ci-joint

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE UNIVERSITAIRE NOMINATIVE POUR 2022-2023

Le stagiaire doit contracter une assurance garantissant sa responsabilité civile **VIE PRIVEE** (inclus dans l'assurance habitation) couvrant l'année universitaire en cours.

(Assurances non acceptées : RCP Professionnelle, assurance voyage/transport)

► Compagnie d'assurance :

N° de contrat : (Joindre une copie de l'attestation d'assurance)

Le/La stagiaire soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir le diplôme ou niveau requis pour s'inscrire au

DU/DIU.....

et s'engage à fournir la copie des diplômes ou documents lui permettant l'accès à cette formation.

Il/ elle certifie l'exactitude des renseignements fournis dans ce formulaire.

Toute déclaration inexacte, ainsi que tout document falsifié est susceptible de poursuites et entraînera l'annulation de l'inscription universitaire et des diplômes obtenus.

Le à

Signature du stagiaire (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

**INFORMATIONS A LIRE IMPERATIVEMENT
POUR LES INSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES 2022-2023**

**D.U PREVENTION, EDUCATION ET INTERVENTION
POUR LA SANTE : LE MODELE DE LA PREVENTION
PRIMAIRE DES CANCERS**

CONTACT SECRETARIAT PEDAGOGIQUE :

Mme Aude DUARTE – Espace Prévention
Santé Antéïa
2-4 rue du Mont Louvet
91640 Fontenay-les-Briis
☎ : 01 60 80 64 60 / 64 69
✉ : aude.duarte@fondationjdb.org

CONTACT FACULTE DE MEDECINE :

Département FMC
Gaëlle BIREN ou Florence HO
63, rue Gabriel PERI
94276 Le Kremlin-Bicêtre cedex
☎ : 01.49.59.66.19 ou 67.96
✉ : fc.medecine@universite-paris-saclay.fr

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION

L'autorisation d'inscription au DU/DIU (*mail d'acceptation de la secrétaire pédagogique et/ou attestation du responsable*)

Le **numéro INE** (identifiant national étudiant) composé de 11 chiffres et lettres (*voir page 1 du dossier d'inscription*)

La photocopie recto-verso de la pièce d'identité

La photocopie du diplôme permettant l'accès à la formation (*avec traduction officielle en français pour les diplômés étrangers*)

Pour les internes : diplôme de fin de deuxième cycle OU résultats ECN

L'attestation d'assurance responsabilité civile **VIE PRIVÉE** (inclus dans l'assurance habitation) ou assurance universitaire couvrant l'année en cours.

Assurances non acceptées : RCP Professionnelle, assurance voyage/transport

Trois exemplaires du contrat de formation continue dûment renseignés et signés recto/verso (*obligatoire pour les inscriptions à titre individuel*)

Le bordereau de signature de droit à l'image et réseau des diplômés dûment renseigné et signé

1 photo (à coller sur la première page du dossier)

1 enveloppe non affranchie (22cm x 16cm) mentionnant vos noms, prénoms et adresse

2 chèques ou 2 virements (joindre les justificatifs – voir page 3) libellés à l'ordre de l'agent comptable de l'université Paris-Saclay pour le règlement des droits universitaires et des frais pédagogiques OU attestation de prise en charge employeur



**ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE
ET VOUS SERA RENVOYE AUTOMATIQUEMENT**



FRAIS DE FORMATION 2022-2023

FRAIS PEDAGOGIQUES		DROITS UNIVERSITAIRES	
INSCRIPTION AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE AVEC PRISE EN CHARGE FINANCIERE	480 €	+	380 € Ou 253 € si déjà inscrit en 2022-2023 à <u>PARIS-</u> <u>SACLAY</u> (hors UVSQ) (joindre certificat de scolarité Paris- Saclay 2022-2023 au dossier)
INSCRIPTION A TITRE INDIVIDUEL (FC AUTOFINANCEE)	480 €		

Les frais pédagogiques et droits universitaires doivent être réglés **séparément**.

Modes de règlement :

- 2 Chèques bancaires ou postaux libellé à l'ordre de l'Agent comptable de l'université Paris-Saclay
- 2 Virements - *indiquer vos NOMS, PRENOMS et le NOM DE LA FORMATION dans le libellé des virements. Sur le justificatif de virement (à joindre au dossier d'inscription) doit apparaître la date, le numéro du virement et toutes les informations du libellé.*

**⚠ Attention aux frais bancaires
sur les virements effectués depuis l'étranger ⚠**

RIB de l'Agent comptable de l'université Paris-Saclay

code banque	code guichet	numéro de compte	clé RIB
10071	91000	00001002940	65

domiciliation
TPEVRY

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1007	1910	0000	0010	0294	065

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Titulaire du compte

Université Paris-Saclay
 Agence comptable, BAT 407, Rue du Doyen Georges Poitou
 91400 ORSAY – France

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 2022-2023

Je soussigné(e) : Agissant en qualité de :

Nom de l'Entreprise/Etablissement/Organisme :

N° de SIRET (14 chiffres) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse de l'établissement :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Correspondant : NOM : PRENOM :

☎ : ✉ : @

Adresse de facturation :

(Si différente de l'adresse de l'établissement)

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

S'engage à prendre en charge le paiement des frais de formation du stagiaire :

NOM : PRENOM :

Pour le DU/DIU :

L'entreprise/L'établissement/L'organisme s'engage à régler :

☞ **Les droits universitaires** pour l'année 2022-2023 (fixés chaque année par arrêté ministériel) établis pour un montant de **380€**

OUI NON

Les droits universitaires sont en sus. Le règlement est à joindre au dossier d'inscription du stagiaire accompagné de l'attestation de prise en charge. Mode de règlement : chèque libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Paris-Saclay ou preuve de virement.

☞ **Les frais pédagogiques** s'élevant à Euros
(tarif FORMATION CONTINUE indiqué sur la fiche tarif de la formation)

Facturation des frais de formation à compléter selon votre souhait :

Ⓒ 2022 : Euros Ⓒ 2023 : Euros

En l'absence de ces précisions la facture sera adressée en fin de formation

Informations financeurs (type OPCO) :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Correspondant : NOM : PRENOM :

☎ : ✉ : @

Cachet de l'entreprise :

Fait à Le

Signature du représentant légal :

CHORUS

Facture à déposer sur Chorus : OUI NON

N° de commande :

Code service :

Joindre obligatoirement le bon de commande mentionnant le numéro de commande, code service et le SIRET.

CONTRAT DE FORMATION CONTINUE 2022-2023

N°FORMATIC (Renseigné par l'administration)

Entre : L'UNIVERSITE PARIS-SACLAY
Faculté de Médecine
Département FMC
63, rue Gabriel PERI
94276 Le Kremlin-Bicêtre cedex

SIRET : 13002602400054
APE : 8542Z
N° de déclaration : 11910861991

Et : LE CANDIDAT

NOM :

NOM d'épouse :

Prénom :

Né(e) le à

Adresse :

.....

.....

est conclu un contrat de formation professionnelle en application des articles L. 6353-3 à L. 6353-7 du code du travail.

Article 1 : OBJET

L'Université Paris-Saclay – Faculté de Médecine – Département FMC organise l'action de formation suivante :

Titre : D.U Prévention, éducation et intervention pour la santé : le modèle de la prévention primaire des cancers

Rythme : Temps partiel

Durée : 93 HEURES

Les objectifs, les prérequis et le programme de la formation sont transmis au stagiaire par le secrétariat de l'enseignement.

Le candidat doit avoir obtenu préalablement un avis favorable d'inscription par le responsable de la formation

Article 2 : ORGANISATION DE LA FORMATION

Lieu : Faculté de médecine Paris-Saclay ou établissements partenaires

Dates des sessions : du 13 au 17 mars 2023, du 20 au 24 mars 2023, du 5 au 13 juin 2023

Article 3 : MODALITES D'EVALUATION - SANCTION DE LA FORMATION

Les modalités d'évaluation sont consultables sur le site internet de l'université.

A la fin de la formation, en cas de réussite, il sera délivré le diplôme :

En cas d'échec, une attestation de suivi de la formation sera remise.

Article 4 : ASSURANCE

Le candidat atteste qu'il a souscrit une assurance garantissant sa responsabilité civile durant la durée de l'action de formation.

Article 5 : MODALITES FINANCIERES

Le prix de l'action de formation est fixé à :

..... € de droits universitaires

Et € de frais de formation

} Vous devez impérativement inscrire le montant de vos droits universitaires et de vos frais de formation en chiffres

(Activités d'enseignement non assujetties à TVA)

(ATTENTION, les droits universitaires et les frais de formation doivent être réglés séparément).

Le candidat s'engage à s'acquitter des droits universitaires et des frais de formation **lors de son inscription**.

Article 6 : MODALITES DE REGLEMENT

Le candidat se libérera de sa dette par chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de l'Agent Comptable de l'université Paris-Saclay ou par virements

code banque	code guichet	numéro de compte	clé RIB
10071	91000	00001002940	65

domiciliation
TPEVRY

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1007	1910	0000	0010	0294	065

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Article 7 : DELAI DE RETRACTATION

A compter de la date de signature du présent contrat, le candidat a un délai de 10 jours pour se rétracter, il en informe l'université par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, aucune somme ne peut être exigée du stagiaire.

Article 8 : ANNULATION DE L'INSCRIPTION AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION

(Cas d'une formation diplômante donnant lieu à des frais d'inscription au diplôme)

En cas de résiliation du présent contrat par le candidat, après le délai de rétractation et moins de 10 jours avant le début de la formation l'Université Paris-Saclay retiendra sur le montant des frais d'inscription la somme de 5,10€.

Article 9 : INTERRUPTION DE LA FORMATION

En cas d'abandon de la formation par le candidat pour un autre motif que la force majeure dûment reconnue, le présent contrat est résilié selon les modalités financières suivantes : les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat et le candidat réglera en plus un montant correspondant à 15% de la partie inexécutée de la prestation au titre des dédommagements de l'université Paris-Saclay.

En cas de cessation anticipée de la formation du fait de l'Université Paris-Saclay ou si le candidat est empêché de suivre la formation par suite de force majeure dûment reconnue, le présent contrat est résilié. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat.

En cas d'absence(s) pour des motifs autres que la force majeure dûment reconnue, entraînant le suivi partiel de la formation par le candidat, l'intégralité du montant correspondant à la formation tel que défini à l'article 5 reste dû. S'il y a une prise en charge par un OPCA/OPACIF, seules les sommes correspondant à la réalisation effective de la prestation seront facturées à l'OPCA/OPACIF ; le candidat réglera le montant correspondant à la partie inexécutée de la prestation au titre des dédommagements de l'université Paris-Saclay.

Article 10 : DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont nécessaires à l'inscription dans une formation ; elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au service de formation continue. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, le candidat bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent, qu'il peut exercer en s'adressant au Président de l'Université Paris-Saclay.

ARTICLE 11 : CAS DE DIFFEREND

Si une contestation ou un différend n'ont pu être réglés à l'amiable, le tribunal de Versailles sera seul compétent pour régler le litige.

Fait à Kremlin-Bicêtre,

Le président de l'université Paris-Saclay

Par délégation

Philippe LABRUNE

Directeur du Département de Formation Médicale Continue

Le stagiaire (date et signature obligatoires)



FICHE DE RECENSEMENT 2022-2023

Vos coordonnées

NOM : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

.....

Téléphone : Email :

Vos études

Intitulé de la formation suivie :

Niveau :

DAEU DU BUT 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

L1 L2 L3 L3 Pro M1 M2 Doctorat EAD

Polytech 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année 4^{ème} année 5^{ème} année

UFR de rattachement :

Sciences Villebon Charpak Pharmacie Médecine Polytech Staps

Droit-Economie-Gestion IUT d'Orsay IUT de Cachan IUT de Sceaux

Nom du Responsable de la formation et de la Secrétaire pédagogique :

.....

Avez-vous un stage à effectuer au cours de votre formation ? OUI NON

Souhaitez-vous être accompagné par le Service Handicap dans vos démarches pour votre stage ? OUI
NON

Si oui, pouvez-vous nous préciser la période du ou des stages :

Vivez-vous seul ? OUI NON

Si oui, bénéficiez-vous d'un logement Crous ? OUI NON

Êtes-vous boursier ? OUI NON

MDPH

Nature du handicap (facultatif) :

Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? OUI NON Si oui, lequel ?

Avez-vous un dossier à la MDPH ? OUI NON En cours Si oui, dans quel département : ...

Avez-vous une Reconnaissance en tant que Travailleur Handicapé (RQTH) ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une AAH : OUI NON

Avez-vous une carte d'invalidité ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'un accompagnement par :

- Un médecin agréé MDPH
- Un établissement agréé MDPH
- Un professionnel ou un établissement non agréé MDPH

Avez-vous des demandes spécifiques ?

.....

.....

.....

Date et signature de l'étudiant :



