

## « STAGE DE FORMATION CONTINUE AUX P.S.E.1 & P.S.E.2 »

(à conserver)

version 17/08/2023



Pour exercer, le **secouriste** doit tous les ans faire une formation continue en secourisme de son niveau de compétence. Cette formation s'adresse aux personnes titulaires du **P.S.E. 1**, et/ou **P.S.E. 2** qui souhaitent rester à jour, telle qu'elle est définie dans les textes d'état. La durée de la formation est de **6h**.



Le **CDF 17 – ACRS** vous propose des dates de formations sur notre site [acrs.fr](http://acrs.fr), onglet calendrier, rubrique Formation Continue PSE.

### DATE DE STAGE RETENUE:.....

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 10 JOURS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION, avec un nombre maximum de 18 stagiaires. Toutefois, l'ACRS se réserve le droit d'annuler la session de formation si le nombre minimum de 8 stagiaires n'était pas atteint.**

La formation se déroulera :

de : **09h00 à 12h00 et 13h00 à 17h30, où : Gymnase Bongraine – SUAPSE – avenue de la Rotonde – 17440 Aytre**

## TARIF DE LA PRESTATION

Notre grille tarifaire pour la formation continue PSE va de 65€ à 110€ (tarif tout public, CPF ou entreprise), cette fluctuation dépend des démarches administratives induites.

- d'un montant de 65€ pour une inscription tout public.
- d'un montant de 100€ si le candidat est en retard de formation continue. (évaluation des compétences et jour de FC)
- d'un montant de 110€ pour une inscription prise en charge par une entreprise. Si le candidat est à jour, 150€ en cas de retard.
- d'un montant de 110€ pour une inscription par le CPF. Si le candidat est à jour, 35€ à charge du candidat en cas de retard.
- Une réduction de 10€ avec la photocopie de la carte F.N.M.N.S. (pour les adhérents)

### Le paiement pourra s'effectuer :

- Soit, par **chèque** à l'ordre de l'ACRS à rapporter le jour de la formation.
- Soit par **Virement** (RIB IBAN FR76-1170-6431-0443-0556-0140-944 / AGRIFRPP817) **mentionner votre nom et**

**la date dans l'ordre de virement. Joindre la preuve de virement avec le dossier**

- Soit, par le CPF **faire les démarches sur votre CPF pour la prise en charge**

**“Le paiement doit être fourni avant la date, sous peine de ne pas être accepté le jour de la formation.”**

## DOSSIER A RETOURNER PAR MAIL, COMPLETE ET SIGNE SUR TOUTES LES PAGES, à :

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter :

**Monsieur Gaylord RABILLER**

06 58 59 11 17

[gaylord.rabiller@gmail.com](mailto:gaylord.rabiller@gmail.com)

Merci de renvoyer le dossier d'inscription ci-dessous par mail **en format dématérialisé (pdf)** à l'adresse mail ci-contre.

**BULLETIN D'INSCRIPTION**Civilité  Madame  Mademoiselle  Monsieur**NOM & PRÉNOM**

Nom de jeune fille

Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance

Adresse

Code postal

VILLE

Téléphone

E-mail

@

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES****NIVEAU D'ETUDES** : .....**DIPLÔMES SCOLAIRES OBTENUS** : .....**PROFESSION ACTUELLE** : .....**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES** : .....**NIVEAU SECOURISME ACQUIS** : .....**AVEZ-VOUS DES BESOINS SPECIFIQUES PENDANT CETTE FORMATION, prise en compte de vécu difficile,****handicap, autres...:**

**PRISE EN CHARGE ENTREPRISE****ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE (A RETOURNER SI COMPLETE)**

Toute rature, surcharge ou omission sur ce document entraînera le retour du dossier et le retard de l'inscription. L'attestation de prise en charge doit être remplie par l'employeur ou la personne le représentant.

NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EMPLOYEUR  
(en cas de prise en charge)

NUMERO DE SIRET .....

CODE APE

ADRESSE DE FACTURATION

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE ...

FAX

E-MAIL  
(merci de remplir le champ lisiblement)

DOSSIER SUIVI PAR

Le soussigné s'engage à régler la formation au « **C.D.F.17 de la F.N.M.N.S. – A.C.R.S** » souscrite au bénéfice de :

**NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE** .....

POUR UN MONTANT DE  **110€ (cent dix euros), pour un candidat à jour.**

**150€ (cent cinquante euros) pour un candidat en retard de formation continue.**

Le **titre de paiement** doit être libellé à l'ordre de « **A.C.R.S** ».

La partie ci-dessous ne concerne que les formations prises en charge par un employeur dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Si ce dernier a demandé une prise en charge directe du coût de la formation à un organisme financeur (O.P.C.A. ou autre) et obtenu de sa part une confirmation écrite, dûment datée et signée, qu'il joindra alors au présent dossier, il indique ci-dessous les coordonnées de l'organisme. Dans le cas contraire, il est inutile de compléter cette partie.

NOM DE L'ORGANISME FINANCEUR

NUMERO DE SIRET

ADRESSE DE FACTURATION DE L'ORGANISME FINANCEUR .....

TELEPHONE ...

E-MAIL ...

DOSSIER SUIVI PAR

À l'égard du **C.D.F.17 de la F.N.M.N.S. – A.C.R.S**, l'employeur reconnaît être débiteur en dernier ressort du coût de l'inscription (qu'il s'engage à régler en signant la présente attestation), dans l'hypothèse où l'organisme financeur n'assurerait pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinue ou incomplète du stagiaire. Le paiement de la totalité des droits d'inscription, non encore acquittés six mois après l'action de formation, sera réclamé au réel débiteur.

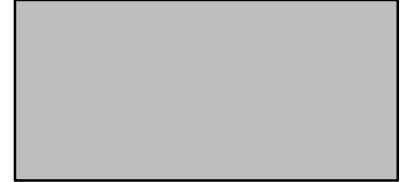
**Le cachet et la signature originaux sont exigés sous peine de nullité de la prise en charge.**

A.....le, .....L'employeur – cachet et signature

## AUTORISATIONS

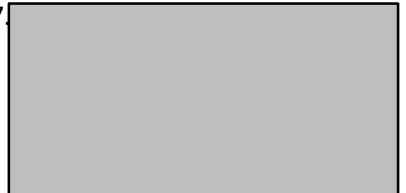
Je, soussigné .....atteste l'exactitude des renseignements donnés et confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant la formation choisie. Je m'engage à ne rien dissimuler sur mon état de santé.

Fait à : ..... le ..... **SIGNATURE :**



**Je cède / Je ne cède pas** (*ayer la mention inutile*) mon droit à l'image pour reproduire ou diffuser auprès du public les enregistrements (sans limitation de nombre) en intégralité ou en partie sur tous les supports connus ou inconnus à ce jour et en tous formats, pendant une durée de 15 ans et ce à titre gracieux. Ces reproductions auront pour objet l'illustration des activités de l'association CDF 17.

Fait à : ..... le ..... **SIGNATURE :**



## DECLARATION SUR L'HONNEUR

**LE REGLEMENT INTERIEUR**

**LE CONTRAT DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

**REGLEMENT GENERAL DE LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)**

**LES CONDITIONS GENERALES DE VENTE (CGV)**

**ASSURANCE STAGIAIRE**

**DOCUMENT FOURNIS SUR SIMPLE DEMANDE PAR MAIL à: [jacqueminlaurent17@gmail.com](mailto:jacqueminlaurent17@gmail.com)**

**LE PROGRAMME DE LA FORMATION**

**Je consens à recevoir la Newsletter**

Les documents  
ci-contre peuvent  
également être  
consultés au moyen du  
QRCODE suivant:



**Je declare sur l'honneur, avoir pris connaissance et valide les documents ci-dessus:**

Fait à : ..... le ..... **SIGNATURE :**



# VALIDATION FORMATION DES SECOURISTES ET EQUIPIERS SECOURISTE

## Plan annuel de formation - Année 2025

Préambule : Tous les titulaires du PSE1 ou/et PSE2 souhaitant exercer une activité opérationnelle doivent satisfaire à une formation continue en secourisme de 6 heures minimum par an.

Pré requis : Être titulaire du PSE1 ou PSE2 à jour de formation continue.

Un procès-verbal de formation continue devra être établi par les organismes formateurs ou associations formatrices agréés

Durée de la formation : 6h00 de face à face pédagogique



### FC PSE2 ( Année 2026)

#### 0h15 ACCUEIL - FORMALITÉS - PRESENTATION JOURNEE

- Accueil / présentation
- Contenus formation continue à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026
- Présentation des thèmes de la circulaire du 20 juin 2025

#### 05h30 Filière opérationnelle

- Mises en situation sur les thèmes 2026 de la DGSCGC :

Programme PSE1	Programme PSE2
<ul style="list-style-type: none"><li>- Administration d'oxygène par inhalation</li><li>- Crise d'asthme</li><li>- L' A.V.C</li><li>- Douleur thoracique non traumatique</li><li>- Le malaise hypoglycémique chez le diabétique</li><li>- La réaction allergique grave</li><li>- La crise convulsive</li><li>- Préparation d'un dispositif de portage</li><li>- Assister l'équipier</li></ul>	<p>Programme PSE1 +</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aide à la marche</li><li>- Déplacement d'une victime à l'aide d'une chaise de transport</li><li>- Déplacement d'une victime non valide</li><li>- Accompagnement à la mobilité pour limiter les manutentions des équipiers</li></ul>

#### 00h15 Bilan des restitutions et évaluation de la journée.

- Fiche d'évaluation de la formation

à la Réanimation et aux Secours  
  
9 Chemin du Cimetière 17 540 NUAÏLLE D'AUNIS