CENTRE DÉPARTEMENTAL DE FORMATION 17 · FNMNS

Formation initiale PSE 1

Premiers Secours en Équipe de niveau 1 — Dossier d'inscription

À CONSERVER

Version 2026.1

1 L'ESSENTIEL EN UN COUP D'ŒIL

DURÉE	HORAIRES	EFFECTIF	PRÉREQUIS
39 h · en présentiel	**8h30–12h00** / **13h00–17h30**	**8 à 18** stagiaires	**16 ans** · aucun diplôme
LIEU	**DATES**	**CLÔTURE DES INSCRIPTIONS**	**TARIF**
Aytré (17) — gymnase Bleu de Bongraine, voir ci-dessous	**Calendrier** sur acrs.fr › PSE1	**J–10** avant le stage	**250 à 280 €** assurance incluse

2 À QUI S'ADRESSE LA FORMATION

- Toute personne exerçant ou souhaitant exercer une activité de **secouriste** (professionnelle, bénévole ou volontaire) au sein d'un organisme ou d'une association agréés.
- Candidats au **BNSSA** ou au **BPJEPS AAN** : le PSE 1 est un préalable obligatoire.
- Aucun diplôme n'est exigé ; l'assurance stagiaire est incluse dans le tarif.

Objectif — À l'issue de la formation, le stagiaire est capable d'exécuter seul les gestes de premiers secours et de mettre en œuvre le matériel d'urgence aux côtés d'un équipier secouriste, afin de **protéger**, **alerter** et **empêcher l'aggravation** de l'état de la victime.

3 CONTENU (CONFORME DGSCGC)

- Cadre juridique de l'action de secours
- Protection immédiate et permanente
- Bilan et transmission aux services appropriés
- Gestes de premiers secours : obstruction des voies aériennes, hémorragies externes, inconscience, arrêt cardiaque et DAE, détresses vitales, malaises et maladies, accidents de la peau, traumatismes, **noyade**
- Assistance aux équipiers PSE 2 (immobilisation, relevage, brancardage)
- Adaptation du comportement à l'état de la victime

Évaluation : continue, par simulations et cas concrets. **Délivrance :** certificat de compétences PSE 1 (FNMNS / DGSCGC).

4 TARIFS ET RÈGLEMENT

SITUATION	TARIF	PRÉCISIONS
Inscription individuelle (tout public)	**250 €**	Financement personnel par le stagiaire.
Prise en charge employeur / OPCO	**280 €**	Écart lié aux démarches administratives (convention, facturation, suivi du financeur).
Financement CPF	**300 €**	Démarche à réaliser par le stagiaire sur moncompteformation.gouv.fr.
Adhérents FNMNS	**– 10 €**	Sur présentation du numéro d'adhérent en cours de validité (page 2).

MODES DE RÈGLEMENT

☐ **Virement** — IBAN FR76 1170 6431 0443 0556 0140 944 · BIC AGRIFRPP817

☐ **Chèque** à l'ordre de l'**ACRS**, adressé au siège avant le début de la formation

ANNULATION

L'ACRS se réserve le droit d'annuler la session si le nombre minimum de **8 stagiaires** n'est pas atteint ; les sommes déjà versées sont alors intégralement remboursées. Annulation à l'initiative du stagiaire : voir les **CGV**.

5 COMMENT S'INSCRIRE

ÉTAPE 1
Je complète
Les pages 2 et 4. La page 3 uniquement en cas de prise en charge par un tiers.

ÉTAPE 2
J'envoie
Le dossier complet, en un seul PDF, à **cd17acrs@gmail.com** — au plus tard 10 jours avant le stage.

ÉTAPE 3
Je reçois
Un accusé de réception sous 72 h ouvrées, puis la confirmation d'inscription et la facture.

ÉTAPE 4
Je suis convoqué
Convocation et informations pratiques envoyées au plus tard 7 jours avant le début.

Contact inscriptions

cd17acrs@gmail.com · 06 63 51 05 17
ACRS — 9 chemin du Cimetière, 17540 Nuaillé d'Aunis

Lieu de formation

Gymnase universitaire Bleu de Bongraine, 2e étage
Av. de la Rotonde (ou av. de la République), 17440 Aytré

Référent handicap

Gaylord LE DRET RABILLER · 06 58 59 11 17
gaylord.rabiller@gmail.com

Documents

RI, CGV, programme, RGPD, assurance : sur demande.

www.acrs.fr

Bulletin d'inscription

Formation initiale PSE 1 — à compléter par le candidat

À RETOURNER

1 SESSION CHOISIE

DATES DU STAGE *

LIEU (SI DIFFÉRENT D'AYTRÉ)

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU CETTE FORMATION ?

2 IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM *

PRÉNOM *

DATE DE NAISSANCE *

CODE POSTAL DE NAISSANCE *

VILLE DE NAISSANCE *

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE *

Ces mentions sont transmises à la FNMNS pour l'édition du certificat de compétences : elles doivent être strictement identiques à celles de votre pièce d'identité.

3 COORDONNÉES

N° *

ADRESSE (VOIE, COMPLÉMENT) *

CODE POSTAL *

VILLE *

TÉLÉPHONE *

ADRESSE ÉLECTRONIQUE * — *en majuscules, elle servira à toute la correspondance*

4 SITUATION ET PARCOURS

SITUATION ACTUELLE *

☐ Salarié(e) ☐ Agent public ☐ Demandeur d'emploi

☐ Étudiant(e) / lycéen(ne) ☐ Travailleur indépendant

☐ Bénévole associatif

☐ Autre : .....

PROFESSION OU FORMATION SUIVIE

FORMATIONS DE SECOURISME DÉJÀ SUIVIES

☐ Aucune ☐ PSC 1 ☐ SST ☐ BNSSA

☐ Autre : .....

N° ADHÉRENT FNMNS *(pour la remise)*

PROJET À L'ISSUE DU PSE 1 *(BNSSA, poste de secours…)*

5 PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM *

LIEN *(parent, conjoint…)*

TÉLÉPHONE *

6 AMÉNAGEMENT ET ACCESSIBILITÉ

☐ **Je souhaite être contacté(e) par le référent handicap** afin d'étudier un aménagement de la formation ou de l'évaluation (accès aux locaux, supports, rythme, gestes techniques…).

CRÉNEAU OU MOYEN DE CONTACT PRÉFÉRÉ

Référent handicap : Gaylord LE DRET RABILLER — 06 58 59 11 17 — gaylord.rabiller@gmail.com. Aucune information médicale n'est à indiquer sur ce document. L'échange avec le référent est confidentiel et n'a aucune incidence sur l'acceptation de votre inscription. Vous conservez la possibilité de nous signaler un besoin à tout moment avant le début du stage.

Rappel — Les champs marqués * sont obligatoires : un dossier incomplet ne peut pas être enregistré. La formation est accessible **à partir de 16 ans** ; les candidats mineurs joignent l'autorisation parentale (page 4).

Financement de la formation

Une seule case à cocher — la suite de la page ne concerne que la prise en charge par un tiers

À RETOURNER SI PRISE EN CHARGE

1 QUI FINANCE VOTRE INSCRIPTION ?

☐ **Moi-même**
Tarif **250 €**
Rien d'autre à compléter sur cette page. Passez à la page 4.

☐ **Mon CPF**
Tarif **300 €**
Démarche à réaliser par vos soins sur moncompteformation.gouv.fr.

☐ **Mon employeur**
Tarif **280 €**
Complétez les parties 2 et 4. Une convention sera établie.

☐ **OPCO / autre financeur**
Tarif **280 €**
Complétez les parties 2, 3 et 4 + accord de prise en charge.

2 EMPLOYEUR (DÉBITEUR DE LA FORMATION)

RAISON SOCIALE *

N° SIRET *

ADRESSE DE FACTURATION *

CODE POSTAL *

VILLE *

DOSSIER SUIVI PAR (NOM, FONCTION) *

TÉLÉPHONE *

COURRIEL DE FACTURATION *

RÉFÉRENCE / N° DE COMMANDE (si requis)

3 ORGANISME FINANCEUR — uniquement si une prise en charge a été accordée

NOM DE L'ORGANISME (OPCO, FRANCE TRAVAIL, AUTRE)

N° DE DOSSIER / ACCORD

ADRESSE DE FACTURATION DE L'ORGANISME

CONTACT (NOM, COURRIEL)

Joindre impérativement l'accord de prise en charge écrit, daté et signé. Sans ce document, la facture est adressée à l'employeur.

4 ENGAGEMENT DE L'EMPLOYEUR

L'EMPLOYEUR SOUSSIGNÉ S'ENGAGE À RÉGLER À L'ACRS LA FORMATION PSE 1 SOUSCRITE AU BÉNÉFICE DE *

MONTANT *

Le titre de paiement est libellé à l'ordre de l'**ACRS**. L'employeur reconnaît être **débiteur en dernier ressort** du coût de l'inscription dans l'hypothèse où l'organisme financeur n'assurerait pas tout ou partie du financement, notamment en cas d'assiduité discontinue ou incomplète du stagiaire. Les droits d'inscription non acquittés six mois après l'action de formation sont réclamés au débiteur réel.

FAIT À — LE

NOM, PRÉNOM ET FONCTION DU SIGNATAIRE

SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE **— OBLIGATOIRES**

Engagements et signature

Vérifiez votre dossier, cochez vos choix, signez une seule fois

À RETOURNER

1 MON DOSSIER EST-IL COMPLET ?

- ☐ Page 2 — bulletin d'inscription complété et lisible
- ☐ Page 3 — financement (partie employeur/financeur si concerné)
- ☐ Page 4 — engagements datés et signés
- ☐ Copie d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ *Si mineur :* autorisation parentale ci-dessous complétée
- ☐ *Si financeur :* accord de prise en charge écrit et signé

*Dossier à renvoyer en un seul fichier PDF à **cd17acrs@gmail.com**, au plus tard 10 jours avant le début du stage.*

2 DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DU CANDIDAT

☐ Je certifie l'**exactitude** des renseignements portés sur ce dossier et j'aurai **16 ans révolus** au premier jour de la formation.

☐ Je déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur**, des **conditions générales de vente**, du **programme de formation** et de la **politique de protection des données**, consultables sur demande à cd17acrs@gmail.com et transmis avec la confirmation d'inscription.

☐ Je m'engage à **signaler à l'équipe pédagogique**, avant ou pendant le stage, toute situation susceptible d'avoir une incidence sur ma sécurité ou sur la réalisation des gestes techniques (aucune information médicale n'est à écrire ici).

☐ Je m'engage à suivre l'**intégralité** de la formation, l'évaluation étant continue et l'assiduité conditionnant la délivrance du certificat de compétences.

3 DROIT À L'IMAGE — facultatif, sans incidence sur l'inscription

☐ **J'autorise** l'ACRS à utiliser mon image

☐ **Je n'autorise pas** l'utilisation de mon image

Les photographies et vidéos réalisées pendant la formation pourront illustrer les activités de l'association sur son site internet, ses réseaux sociaux et ses documents de communication, à titre gratuit et non commercial, pour une durée de **5 ans** à compter de la signature. Cette autorisation peut être **retirée à tout moment**, sans justification, par simple courriel à cd17acrs@gmail.com.

4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Responsable de traitement : ACRS — 9 chemin du Cimetière, 17540 Nuaillé d'Aunis. **Finalités :** gestion des inscriptions, exécution et suivi de la formation, délivrance du certificat de compétences, facturation, obligations liées à la déclaration d'activité de formation. **Bases légales :** exécution du contrat de formation, obligations légales de l'organisme de formation, consentement pour le droit à l'image. **Destinataires :** équipe administrative et pédagogique de l'ACRS, FNMNS pour la délivrance du certificat, financeur le cas échéant. **Durée de conservation :** 3 ans à compter du dernier contact pour les données de gestion, 10 ans pour les pièces comptables et les documents de traçabilité de la formation. **Vos droits :** accès, rectification, effacement, limitation, opposition et portabilité, à exercer à cd17acrs@gmail.com ; réclamation possible auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

5 SIGNATURE

NOM ET PRÉNOM DU CANDIDAT

FAIT À — LE

SIGNATURE DU CANDIDAT **— VAUT POUR L'ENSEMBLE DU DOSSIER**

CANDIDAT MINEUR (16-17 ANS) — AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

JE SOUSSIGNÉ(E) (NOM, PRÉNOM, QUALITÉ)

TÉLÉPHONE

autorise le candidat désigné ci-dessus à suivre la formation PSE 1 organisée par l'ACRS, et valide l'ensemble des engagements figurant sur la présente page, y compris le choix relatif au droit à l'image.

FAIT À — LE

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL