

Vous êtes étudiant ou en école (médicaux et paramédicaux)

NOM* :	
Prénom* :	
Formation* : <i>médecin /pharmacien (ne) / infirmier(e)/kiné/ aide-soignant(e)/brancardier(ère)</i>	
Année de formation* : <i>(1^{ère}, 2^{ème} etc ...)</i>	
Etablissement* : <i>(Université, école...)</i>	
Code postal de l'université ou de l'école* :	
E-mail* : IMPORTANT : Merci d'indiquer votre adresse mail individuelle. Cette adresse mail sera votre login de connexion à la plateforme d'e-learning.	

** A renseigner obligatoirement*

En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance et accepté le [règlement de participation](#) à une formation du Ccecqa. **Si vous ne cochez pas cette case, vous ne pourrez pas valider votre inscription.**