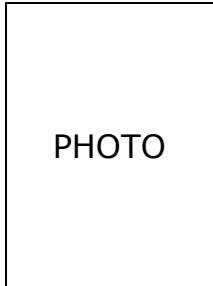


D.F.C.A. – Campus Droit et Santé (Anciennement SCFC)  
1, rue du Professeur Laguesse  
59000 LILLE  
Tél. : 03 20 62 15 59  
Fax : 03 20 96 26 13  
Courriel : scfc@univ-lille2.fr

1<sup>ère</sup> inscription   
Renouvellement



**DOSSIER D'INSCRIPTION - 2018 / 2019**

**DU KINESITHERAPIE DU SPORT**

**STAGIAIRE** Madame  Mademoiselle  Monsieur

Titre (Dr, Pr, Me...) :

NOM : ..... NOM D'EPOUSE : .....

PRENOM : ..... NATIONALITE : .....

Né(e) le 

--	--	--	--	--	--	--	--

 à ..... Département 

--	--

Pays : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : 

--	--	--	--	--

 Ville : .....

Téléphone personnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / Téléphone Mobile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Courriel : ..... @.....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : 

--	--	--	--	--

 Ville : .....

Téléphone professionnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

**SITUATION DU STAGIAIRE**

- Profession libérale  Lycéen (Passe le bac cette année)
- Salarié du secteur public  Etudiant (N°I.N.E) : .....
- Salarié du secteur privé  Autre à préciser : .....
- Demandeur d'emploi

Profession : .....

interruption de 2 ans, consécutive ou non, du parcours scolaire et/ou universitaire, depuis le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION**

- A titre individuel (signature du stagiaire demandée au verso)
- Par l'employeur (compléter les renseignements demandés au verso)
- Par un organisme collecteur de fonds (compléter les renseignements demandés au verso)

**PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : 

--	--	--	--	--	--

Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du responsable de formation : .....

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de poste : .....

Fax : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Courriel : .....@.....

Activité de l'entreprise : .....

Code APE : .....

N° SIRET : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de TVA intracommunautaire : .....

Cachet de l'entreprise

Signature de l'employeur

**PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : 

--	--	--	--	--	--

Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de TVA intracommunautaire : .....

Cachet de l'organisme

Signature

**PIECES A JOINDRE :**

- une photo d'identité
- la photocopie lisible d'une pièce d'identité
- la photocopie lisible de la carte vitale
- la photocopie du diplôme pré requis
- un curriculum vitae détaillé
- une lettre de motivation
- le règlement des frais de formation : 1800 € ou 30 % à l'inscription par chèque libellé à l'ordre de : **l'Agent comptable de L'université de Lille**

**SIGNATURE DU STAGIAIRE :**

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

**Vous avez 3 possibilités :**

### INSCRIPTION A TITRE INDIVIDUEL

Un **contrat** est passé entre **vous** et la **D.F.C.A**

Dans ce cas, vous prenez votre formation en charge à titre individuel. Même si vous êtes indemnisé par Pôle Emploi, l'Etat ou la Région, Vous devez régler personnellement les frais de formation : *l'indemnisation et la prise en charge des frais d'inscription sont deux choses différentes !*

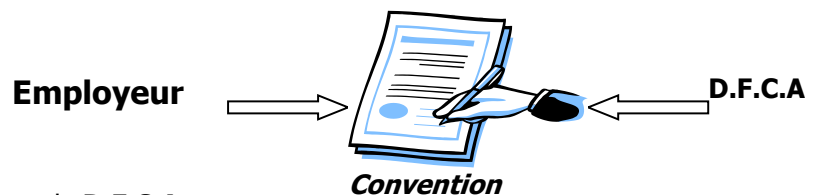


### PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Une **convention** est passée entre **votre employeur** et la **D.F.C.A**

Dans le cadre du plan de formation de votre entreprise, CPF.....

Dans ce cas, vous ne réglez pas personnellement vos frais de formation qui seront payés par votre employeur.



### PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR

Une **convention** est passée entre un **organisme** et la **D.F.C.A**

C'est le même principe que pour la prise en charge par l'employeur. Toutefois, dans certaines conditions, il peut vous être demandé de régler vous-même les frais de formation qui vous seront ensuite remboursés directement par l'organisme.



**Direction Formation Continue et Alternance  
Université de Lille - Campus Droit et Santé**

1 rue du Professeur Laguesse  
59000 Lille – France  
Tél. : +33 (0)3 20 62 15 59  
Fax : +33 (0)3 20 96 26 13  
Courriel : [scfc@univ-lille2.fr](mailto:scfc@univ-lille2.fr)  
Site Internet : <http://scfc.univ-lille2.fr>

**Où se trouve la D.F.C.A ?**

La Direction Formation Continue et Alternance de l'Université de Lille – Campus Droit & Santé se trouve dans l'enceinte du C.H.R.U. de Lille, au cœur du pôle santé de L'université Lille - Campus Santé, à deux pas des Facultés de Médecine et Chirurgie Dentaire, voisin de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, à 100 mètres du Terminus de la Ligne 1 (Jaune) du métro de Lille "CHU - Eurasanté"

**Comment venir à la D.F.C.A ?**

- En Métro (idéal pour les gares SNCF, Lille Flandres et Lille Europe) :

Prendre la Ligne 1 (Jaune) du Métro de Lille, direction "CHU - Eurasanté", sortir au terminus "CHU - Eurasanté", par la porte droite donnant sur le rond-point, suivre visuellement la ligne aérienne du métro, jusque l'entrée de la faculté de pharmacie, la D.F.C.A se trouve sur votre gauche

- Par autoroute :

en direction de LILLE,  
sur l'A25/E42

Prendre la sortie 4 LILLE-FAUBOURG DE BETHUNE, LOOS, CENTRE HOSPITALIER  
suivre la direction : CENTRE HOSPITALIER  
continuer sur l'avenue OSCAR LAMBRET,  
suivre visuellement la ligne aérienne du métro et prendre la direction de la FACULTE DE PHARMACIE  
Entrer sur le site de la FACULTE DE PHARMACIE  
la D.F.C.A se trouve sur votre gauche

