

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**pour la réalisation du stage en vue de l'obtention du Certificat de Capacité pour effectuer des  
Prélèvements Sanguins – arrêté du 13 mars 2006 modifié**

**A retourner par courrier avec accusé de réception (ARS Hauts de France - Service Gestion et  
Formation des PS – 556 avenue Willy Brandt 59777 EURLILLE)  
ou par mail [ars-hdf-ccps@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-ccps@ars.sante.fr)**

### **VOLET 1/2**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**N° téléphone :**

**Adresse mail :**

**Nom et adresse de votre employeur (le cas échéant) :**

**Date et lieu où vous avez passé l'épreuve théorique :**

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

## VOLET 2/2

### Partie à compléter par le maître de stage

- **Nom de l'établissement où se déroule le stage :**

Il appartient au terrain de stage de s'assurer que le stagiaire est couvert pendant toute la durée du stage par une assurance responsabilité civile et professionnelle et qu'il remplit ses obligations vaccinales (Arrêté du 15 mars 1991 modifié fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné. Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales, pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du code de la santé publique, arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnés à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique).

- **Adresse de cet établissement :**

- **Service :**

- **Nom et fonction du Maître de stage :**

- **Coordonnées du maître de stage (téléphone, mail) :**

- **Période du stage (sur 3 mois maximum) : Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

- **Signature du maître de stage :**

**Cachet OBLIGATOIRE de l'établissement :**