

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2026-2027

— Formation en Allergologie pour Assistant Médical



FORMULAIRE À RENVoyer COMPLÉTÉ ET SIGNÉ AU SECRÉTARIAT ANAFORCAL
secretariat@anaforcal.fr

Cette formation est désormais ouverte aux infirmiers diplômés d'État et secrétaires médicaux intéressés par l'allergologie. Veuillez noter que la formation a été créée pour un niveau d'assistant médical.

EMPLOYEUR

E-mail Téléphone

Praticien Titre ☐ Dr ☐ Pr Civilité ☐ Mme ☐ M.

Nom Prénom

N° RPPS

Spécialité

Ou Structure

La formation comprend un stage facultatif de 1 ou 2 jour(s). **Merci d'indiquer si l'employeur accepte d'être maître de stage et de recevoir dans son établissement un assistant médical en formation** (on peut être maître de stage si on emploie un assistant médical, ayant des connaissances en allergologie) :

☐ Oui ☐ Non

PARTICIPANT

Civilité ☐ Mme ☐ M.

Nom Prénom

Date de naissance

E-mail Téléphone

Statut ☐ Assistant médical ☐ Secrétaire médical ☐ Infirmier

Adresse professionnelle (sinon personnelle)

Libellé (nom, prénom ou structure)

Adresse

Code postal Ville

Pays

DROITS D'INSCRIPTION

Les frais de la formation s'élèvent à **600 €** net de taxe (tout compris).

Formation éligible à la prise en charge par l'OPCO-EP suivant les fonds disponibles (possibilité de refus de financement).

Les droits d'inscription comprennent :

- L'accès à la formation en ligne sur le site de l'ANAFORCAL
- Trois classes virtuelles en visioconférence (samedi de 10h à 12h : 28/11/2026, 30/01/2027 et 03/04/2027; dates pouvant être modifiées ultérieurement) avec les autres participants et des formateurs allergologues
- La possibilité d'effectuer un stage d'1 ou 2 jour(s) chez un allergologue (entre février et mars 2027) (facultatif)
- Une réunion de 1h30 en présentiel lors du CFA 2027 à Paris, le jeudi 15/04/2027 de 14h30 à 16h

Des informations précises concernant le déroulé de la formation vous seront communiquées par la suite par mail.

Après avoir lu > 80% de chaque module de la formation en ligne, avoir été présent aux classes virtuelles des modules 1, 2 et 3, et à la réunion présentielle au CFA, **le participant recevra une attestation officielle de formation en allergologie pour assistant médical délivrée par l'ANAFORCAL**. Non qualifiante, cette attestation de formation ne remplace pas le CQP (certificat de qualification professionnelle) d'assistant médical et ne peut être remise à sa place à la CPAM.

En cas de retard dans la validation des modules et/ou d'impossibilité de participations aux classes virtuelles ou réunion présentielle, il sera possible de prolonger la formation jusqu'au CFA de l'année suivante.

Une fois le formulaire d'inscription réceptionné, vous recevrez par mail une convention de formation comprenant notamment les modalités de règlement et des documents sur la formation. Après réception de votre règlement et des documents nécessaires, le participant recevra ses codes de connexion à la formation en ligne à partir du 15/10/2026. Le nombre total d'inscriptions est de 25 maximum avec une date limite de réception des documents au 25/11/2026.

En cas de besoins spécifiques, contacter le référent handicap Dr. Hoai-Bich TRINH (faam@anaforcal.fr).

ADRESSE DE FACTURATION si différente de l'adresse professionnelle renseignée précédemment

Libellé (nom, prénom ou structure)

Si structure, représentée par (nom, prénom, fonction)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer uniquement l'inscription du participant à la formation en allergologie des assistants médicaux.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, et au règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données vous concernant.

Vous pouvez exercer ce droit à tout moment en envoyant un courriel à secretariat@anaforc.fr.

☐ En cochant cette case, l'employeur garantit avoir pris connaissance et accepté les conditions relatives à la protection des données personnelles.

Date et signature de l'employeur

☐ En cochant cette case, le participant garantit avoir pris connaissance et accepté les conditions relatives à la protection des données personnelles.

☐ En cochant cette case, le participant accepte de recevoir des informations de la part de l'Association Française des Assistantes Médicales en Allergologie.

Date et signature du participant