



**Fiche de Renseignement  
Attestation de Formation en Premiers Secours " AFPS" :**

**Nom :**

.....

**Prénom :**

.....

**Date et Lieu de Naissance :**

.....

**Numéro de la C.I.N :**

.....

**Profession :**

.....

**Adresse**

.....

.....

**Téléphone :** .....

**Fax :** .....

**E-mail :** .....

**Groupe sanguin :** .....

**Date et Lieu de la Formation : (a remplir par JMSF)**

.....

.....