

**CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE**  
**(Articles L. 6353-1 et L.6353-2 du Code du travail)**

**Entre les soussignés,**

Association Eval Form Santé  
Déclaration d'activité enregistrée : n°533 508 255 35  
N° Siret : 43984581900028  
Enregistrée à la préfecture d'Ile et Vilaine  
Représentant légal : Docteur PENCOLE Daniel  
Adresse : Les Trois Epines 35000 RENNES.

**Ci-après désigné « organisme de formation »**

**d'une part**

L'établissement : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal / Ville : .....

**Ci-après désigné « employeur »**  
**d'autre part**

Est conclue la convention suivante en application des dispositions du livre IX du code du travail portant sur l'organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente des articles R950-1 suivants de ce livre.

**I – OBJET NATURE, DUREE ET EFFECTIF DE LA FORMATION**

Intitulé de l'action de formation : « Journées Armoricaïnes Plaies et Cicatrisation »  
27 septembre 2018, de 8h45 à 18h  
28 septembre 2018, de 8h45 à 18h

Programme scientifique : cf. pièce jointe, coorganisé par Eval Form Santé et l'APCI.

Lieu de la formation : Palais des congrès Le Grand Large  
1 quai Duguay-Trouin B.P 109  
35407 Saint-Malo Cedex

**II – ENGAGEMENT DE PARTICIPATION**

Le bénéficiaire s'engage à assurer la présence d'un (des) participant(s) aux dates, lieux et heures prévus ci-dessus.

Le(s) participant(s) sera (seront) :

Nom .....	Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....	Prénom .....
Fonction .....	Fonction .....	Fonction .....

Une attestation de présence sera remise à chaque stagiaire après accomplissement des heures de formation prévues pour le cycle complet.

Les signataires devront être couverts par le risque Responsabilité Civile pour tous les accidents qu'ils seront susceptibles de provoquer au cours de leur formation.

### III – PRIX DE LA FORMATION

Le coût de la formation objet de la présence, s'élève à 200 € / participants (TTC dont T.V.A 20%), soit un total de ..... € pour le(s) participant(s).

Cette somme couvre l'intégralité des frais engagés de l'organisme de formation pour cette session. Le règlement par chèque ou virement (RIB en annexe) est à libeller à l'ordre de la société « Therenva SAS » qui est responsable de la logistique des JAPC 2018.

### IV – MOYENS PEDAGOGIQUES ET TECHNIQUES MIS EN ŒUVRE

Conférence  
Soins en direct  
Vidéo  
Ateliers pratiques (places limitées)

### V – MOYENS PERMETTANT D'APPRECIER LES RESULTATS DE L'ACTION

Une évaluation des contenus pédagogiques et du déroulement de ces journées sera faite et mise à disposition.

### IV – MOYENS PERMETTANT DE SUIVRE L'EXECUTION DE L'ACTION

Une feuille de présence et un état d'émargement type seront réalisés et mis à disposition.

### VII – NON REALISATION DE LA PRESTATION DE FORMATION

En application de l'article L. 6354-1 du Code du travail, il est convenu entre les signataires de la présente convention, que faute de réalisation totale ou partielle de la prestation de formation, l'organisme prestataire doit rembourser au cocontractant les sommes indûment perçues de ce fait.

### VIII – DIFFERENTS EVENTUELS

Si une contestation ou un différend ne peut être réglé à l'amiable, le tribunal administratif sera seul compétent pour se prononcer sur ce litige.

Fait à ....., en deux exemplaires, le .....

L'employeur bénéficiaire

L'organisme de formation

Cachet, nom, qualité et signature

Cachet, nom, qualité et signature

Dr Daniel PENCOLE  
Président Eval Form Santé



*Ce document est à retourner complété et signé par e-mail à [info@japc.fr](mailto:info@japc.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : Therenva (JAPC) – 4 rue Jean Jaurès – 35000 RENNES.*