|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULAIRE DEMANDE D’ORGANISATEUR DE COURS BRC**Merci de remplir ce formulaire et de l’envoyer à:**BRC asbl: siège social – secrétariat**C/O: Maria DeneireAvenue du Thym, 20 1080 Molenbeek-Saint-Jean | GSM: +32 (0)497 400 157e-mail: office@brc-rea.bewebsite: [www.brc-rea.be](http://www.brc-rea.be) |  |

***Merci d’utiliser des lettres majuscules (# = sonnées obligatoires)***

|  |
| --- |
| **Données Personnelles** (remplir les 2 colonnes) |
|  | **Organisation/Association** | **Candidat Organisteur de cours** |
| Nom de l’organisation/association # |  |  |
| Nom et prénom du responsable # |  |  |
| Rôle dans l’organisation/association # |  |  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) |  |  |
| Titre (barrer les titres incorrects) # | Mme | Mlle | Mr | Dr | Prof | Mme | Mlle | Mr | Dr | Prof |
| Adresse : rue et n° # |  |  |
| Code postal # |  |  |
| Ville/ Commune # |  |  |
| Téléphone |  |  |
| GSM # |  |  |
| Fax |  |  |
| Adresse courriel # |  |  |

Je demande l’accord pour organiser les formations suivantes au sein de mon organisation/association :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BLS provider |  | EPILS provider |  |
| EPBLS provider |  | EPALS provider |  |
| Basic instructor course |  | NLS provider |  |
| ILS Provider |  | Generic instructor course |  |
| ALS provider |  | Trauma course |  |

**Directeur de cours de référence, reconnu ERC** **:**

|  |
| --- |
|  |

**Description de la motivation, de l’encadrement en instructeurs reconnus ERC et du matériel didactique :**

|  |
| --- |
|  |

Je soussigné m’engage à respecter le cahier des charges/les engagements de l’organisateur de cours.

Je sais que les documents pour les organisateurs de cours BRC sont disponibles sur le site
<http://www.brc-rea.be/fr/pagesmembres/brc-organisateurdecours>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date:** | **Signatures** |  |
| Le directeur de cours référent  | Le responsable de l’organisation  | Le candidat organisateur de cours  |
|  |  |  |