SFBSI semper apertus

Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables

Association Loi 1901

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU CERTIFICAT D'ANATOMIE DE CHIRURGIE IMPLANTAIRE ET DES TECHNIQUES AVANCÉES (**CACITA**) **Cycle 2026**	**Joindre deux photos d'identité**

À retourner à la SFBSI :
12 rue Marie Curie - CS 42060 - 10004 TROYES (ou par mail)

Public cible : chirurgien-dentiste

Pré requis : être thésé (diplôme d'un pays membre de l'U.E) et être ressortissant de l'Union Européenne

Lieu de formation : 29 cours Langlet, 51100 REIMS

Méthode pédagogique : formation constituée de deux modules théoriques et de travaux pratiques encadrés avec 8 chirurgies en direct

Taux de recommandation *: en cours de construction*

Taux de satisfaction : *en cours de construction*

Durée : 4 jours (9h à 12h et 14h à 18h), soit 2 fois deux jours : 27 et 28 mars 2026 – 26 et 27 juin 2026

Modalités d'inscription : Inscription sur dossier – copie du diplôme – CV- règlement des frais d'inscription par chèque ou par virement bancaire - 2 photos identité – attestation remplie du droit à l'image – copie de votre attestation d'assurance valable et couvrant toute l'année 2026 de janvier à décembre.

Tarif : 3230 € (dont 230€ de cotisation SFBSI)

Accessibilité aux personnes en situation de handicap : oui, dans les limites des contraintes du métier

Contact : Claire Defrance – implantologie.sfbsi@gmail.com – 03 51 59 13 06

Date de la dernière mise à jour : 10/07/2025

SFBSI
UTT de Troyes – bureau M 209
✉ 12 rue Marie Curie CS 42060 10004 TROYES CEDEX
☎ 03.51.59.13.06
Fermé le mercredi
Site : www.sfbsi.com e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

SFBSI semper apertus

Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables

Association Loi 1901

FICHE ADMINISTRATIVE :

NOM, Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Diplômes et titres : .....

.....

Adresse Professionnelle : .....

.....

Tél. : ..... Portable : .....

E.mail : .....

N° Siret : .....

- *Veuillez joindre la copie de votre diplôme ainsi qu'un curriculum vitae à ce document*

SFBSI

UTT de Troyes – bureau M 209

✉ 12 rue Marie Curie CS 42060 10004 TROYES CEDEX

☎ 03.51.59.13.06

Fermé le mercredi

Site : www.sfbsi.com e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

SFBSI semper apertus

Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables

Association Loi 1901

MODALITES D'INSCRIPTION

Montant de l'inscription 3230 € (Dont 230€ de cotisation annuelle SFBSI/ICOI 2026)

Acompte de **1730 €** par chèque à l'ordre de la **SFBSI** *(Encaissé à la réception)* ou par virement bancaire

Solde de **1500 €** par chèque à l'ordre de la **SFBSI** ou par virement bancaire (avant le 12 janvier 2026)

Un versement global est aussi possible, par chèque ou par virement bancaire.

Module d'anatomie optionnel, *dans l'attente d'un laboratoire d'accueil (en sus de l'inscription)*

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

LCL
TROYES AUDIFFRED (08700)
12 Place Audiffred
10000 TROYES
Titulaire de compte : STE FSE DES BIOMATERIAUX ET DES SYSTEMES IMPLANTABLES
Domiciliation : Troyes (10)
Références bancaires nationales RIB : 30002 00633 0000005877C 76
Références bancaires internationales :
IBAN : FR20 3000 2006 3300 0000 5877 C76
BIC : CRLYFRPP

Indemnité forfaitaire de 25 % pour frais de dossier retenue sur le montant total de la formation en cas de désistement.

Clôture des inscriptions le 12 janvier 2026

J'ai bien noté que le nombre de places au CACITA est limité à 16 inscrits et que les inscriptions sont enregistrées par ordre d'arrivée.

Fait à ..... le .....

Signature :

SFBSI
UTT de Troyes – bureau M 209
✉ 12 rue Marie Curie CS 42060 10004 TROYES CEDEX
☎ 03.51.59.13.06
Fermé le mercredi
Site : www.sfbsi.com e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – CACITA 2026

(Merci de retourner ce document par mail ou par courrier)

SFBSI semper aperius

Nom – Prénom : _____

Né(e) le : _____

Département et Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

Sexe : Homme Femme

N° sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____

Adresse de l'étudiant : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, qualité, téléphone) :

_____

➢ **<u>Santé :</u> Souffrez-vous d'une pathologie telle que :**

- ☐ Allergie (préciser : _____)
- ☐ Asthme
- ☐ Diabète (préciser : _____)
- ☐ Epilepsie

Autre(s) maladie(s) chronique(s) ou problème de santé à signaler (si oui, veuillez préciser) :

_____

Prenez-vous un traitement ? Si oui lequel ? à quelle fréquence ?

_____

Êtes-vous à jour dans vos vaccinations : OUI NON **Vaccin Covid-19** : OUI NON

Avez-vous des difficultés particulières (troubles Dys, anxiété, autres troubles) :

_____

➢ **<u>Aménagements / Handicap :</u> Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous besoin d'une compensation spécifique liée à votre handicap ? *(Un entretien vous sera systématiquement proposé en cas de besoin)* _____

_____

Fait à : _____ Le : _____ Signature :

SFBSI semper apertus

Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables
Association loi 1901

DROIT À L'IMAGE

Année 2026

NOM :

PRENOM :

FORMATION : CACITA 2026

Vous faîtes désormais partie de la **SFBSI** et à ce titre, vous représentez notre organisme de formation. Nous vous remercions de nous préciser, si vous nous donnez le droit d'utiliser, pour la communication de la SFSBI, des images (photographies, vidéos, réseaux sociaux ...) prises lors de nos formations, cours ou T.P ou ailleurs dans le cadre des activités liées à votre formation et sur lesquelles vous pourriez être identifiable. Aucune utilisation commerciale ne sera faite de ces images.

A compter de votre entrée en formation (Mars 2026), cette autorisation est valable pour une durée d'un an.

(Veuillez cocher la case correspondante à votre choix)

☐ J'autorise la SFSBI à utiliser les images sur lesquelles je pourrais être identifiable.

☐ Je n'autorise pas la SFBSI à utiliser les images sur lesquelles je pourrais être identifiable. Votre droit à l'image est codifié par l'article 9 du code Civil et les articles 226-1 et 226-2 du Code pénal. Vous pouvez révoquer votre autorisation à tout moment.

Fait à _____ **Le** _____ **SIGNATURE :**