

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION  
AU CERTIFICAT D'ANATOMIE DE CHIRURGIE IMPLANTAIRES ET  
DES TECHNIQUES AVANCÉES (CACITA) Cycle 2027**

**Joindre  
1 photo  
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 + expérience en implantologie (minimum 2 ans)

**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

**Modalité d'évaluation :** présentation d'un diaporama d'une intervention par l'étudiant, confirmée par un clip vidéo

**Taux de recommandation :** 100 %

**Taux de satisfaction :** 100%

**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 (*à reconfirmer pour 2027*)

**Modalités d'inscription :** Inscription sur dossier – copie du diplôme – copie de votre pièce d'identité - CV- règlement des frais d'inscription par chèque ou par virement bancaire - 1 photo 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 :** 04/12/2025

**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](http://www.sfbsi.com) e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

**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](http://www.sfbsi.com) e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

## **MODALITES D'INSCRIPTION**

**Montant de l'inscription 3230 € (Dont 230€ de cotisation annuelle SFBSI/ICOI 2027)\***

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

**Solde de 1500 € par chèque à l'ordre de la SFBSI ou par virement bancaire (*avant le 29 janvier 2027*)**

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

*(Module d'anatomie optionnel, dans l'attente d'un laboratoire d'accueil)*

### **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 à partir du 29 janvier 2027.**

**Clôture des inscriptions le 28 février 2027.**

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](http://www.sfbsi.com) e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

**DROIT À L'IMAGE - CACITA 2027**

**NOM :**

**PRENOM :**

**FORMATION : CACITA 2027**

Vous faites 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 SFBSI, 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 2027), cette autorisation est valable pour une durée d'un an.

(Veuillez cocher la case correspondante à votre choix)

- J'autorise la SFBSI 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 :**



Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables  
Association Loi 1901

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – CACITA 2027**

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) :  
\_\_\_\_\_

➤ **Santé :**

**Maladie(s) chronique(s) ou problème de santé à signaler** (veuillez préciser : allergie, asthme, diabète, épilepsie...) :  
\_\_\_\_\_

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

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

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

**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](http://www.sfbsi.com) e.mail : implantologie.sfbsi@gmail.com

➤ **Aménagements / Handicap : 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 :