

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
A LA FORMATION D'ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE
Session 2024

CANDIDAT

Nom d'usage : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse/code postal/Ville :

.....

Téléphone domicile : Portable :

Adresse mail :@

Numéro de sécurité sociale :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Coller
ici une
photo
d'identi
té

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié CDI CDD Autres :

Fonction exercée ? – **rayez les mentions inutiles** :

*aide-soignant(e)

*aide médico-psychologique

* assistant éducatif et social

Dans quel service exercez-vous ?

Lieu de travail :

Nom ou raison sociale de l'employeur :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :@.....

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de la formation (1700€) sont pris en charge par :

L'Employeur

Adresse de Facturation :

.....

Personne à contacter chargée du dossier :

Téléphone :

Un OPCO – **préciser le nom (UNIFAF, UNIFORMATION, ANFH...)** :

.....

.....

PIECES A JOINDRE

* copie des diplômes

* accord de prise en charge de votre employeur ou OPCA (Organisme Paritaire Collectif Agréé)

* certificat ou contrat de travail attestant la nature du poste occupé

* photocopie recto-verso de votre carte d'identité

Fait à Le

signature du stagiaire

cachet et signature de l'employeur

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR attestation d'emploi (à compléter par l'employeur)

Je soussigné.....

Fonction :

Adresse :

.....

Autorise Madame, Monsieur

A suivre la formation d'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE

Formation d'une durée de 140 heures, aux dates suivantes :

- Mercredi 6 au vendredi 8 mars 2024
- Mercredi 27 au vendredi 29 Mars 2024
- Mercredi 15 au vendredi 17 mai 2024
- Mercredi 11 au vendredi 13 septembre 2024
- Mercredi 16 au vendredi 18 octobre 2024
- Mercredi 12 au vendredi 14 novembre 2024
- Jeudi 11 au vendredi 12 décembre 2024

Prise en charge des frais de formation à la charge de l'employeur :

- Plan de formation
- Autre (précisez)

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de la prise en charge de l'OPCO

- Autorisation ferme (financement acquis)
- En attente de financement – ***dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard 1 semaine avant l'entrée du stagiaire en formation.***

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser le montant :

Dans ce cas précis, quel sera le mode de financement complémentaire ?

.....
.....

Tous les items de cette attestation doivent obligatoirement être complétés.

Fait à le

signature du stagiaire

cachet et signature de l'employeur

A retourner à :

I.F.S.I. du Centre Hospitalier Sud 77 – 55 bd Maréchal Joffre – 77305 Fontainebleau cedex

Ou par mail à :

ifsi@ch-sud77.fr