



- Merci de compléter une fiche par agent à inscrire -

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

NOM ET PRENOM DU DIRECTEUR

ADRESSE PRECISE

.....

.....

Code postal Commune/Ville

☎ Professionnel E-Mail

AGENT A INSCRIRE

FONCTION AIDE-SOIGNANT AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE OU DEAES* AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE*

* exerçant leurs fonctions d'accompagnement soit au domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD...) soit en établissement (EHPAD, PASA, SSR, USLD, UHR...)

NOM DE FAMILLE

PRENOM

NOM D'USAGE

ADRESSE

.....

Code postal Commune/Ville

☎ Domicile ☎ Portable

Date de naissance Lieu de naissance

E-Mail

Signature :

*En qualité d'employeur, vous vous engagez à prendre en charge les frais de cette action de formation.
(tarif 2022 fixé à 1755 €)*

Après confirmation de l'inscription, la convention et la facture vous seront adressées.

Date :

Signature & Cachet de l'Employeur :