



- 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 : ASH exerçant leurs fonctions en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé, depuis au moins 3 mois

- 1. Personnel en poste en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD public ou privé)
- 2. Personnel en poste en service d'aide à la personne au domicile (SAAD public ou privé)
- 3. Personnel en poste en établissement de santé<sup>2</sup> (public ou privé) dans des unités de soins pour personnes âgées type USLD

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.  
(932 euros - tarif 2024 – Révisable pour 2025)

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

Date : .....

Signature & Cachet de l'Employeur :

PARTIE EMPLOYEUR

FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER AVANT LE **15 DECEMBRE 2024 ACCOMPAGNEE DE :**  
LA COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE & DE L'ATTESTATION JUSTIFIANT DE **3 MOIS D'ACTIVITE (ETP)**

**A : Inscription Formation ASH 70h - Centre de Formations Paramédicales**  
40 av Charles de Gaulle – BP 70600 - 79 021 NIORT CEDEX