

- 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

A LA FORMATION DU

NOM DE FAMILLE

PRENOM

NOM D'USAGE

ADRESSE

.....

Code postal Commune/Ville

☎ Domicile ☎ Portable

Date de naissance Lieu de naissance

E-Mail

FONCTION

Signature :

En qualité d'employeur, vous vous engagez à prendre en charge les frais de cette action de formation selon le tarif 2025 fixé à 557 € (révisable en 2026)

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

Date :

Signature & Cachet de l'Employeur :

PARTIE
EMPLOYEUR

PARTIE
EMPLOYEUR

FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER ACCOMPAGNEE DE LA COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE de l'agent

PAR MAIL : ifas@ch-niort.fr

Ou par courrier postal à : Inscription Formation AET - Centre de Formations Paramédicales - 40 av Charles de Gaulle – BP 70600 - 79 021 NIORT CEDEX