

BORDEREAU D'INSCRIPTION

FORMATION

« Actualisation des compétences des aides-soignants »

Remplir 1 bordereau par participant

☐ MADAME

☐ MONSIEUR

Nom de Famille* : Nom d'Usage* :

Prénom* : Date de naissance :

Profession : Diplômes obtenus :

Secteur d'activité (service) :

Tél travail : Tél personnel :

Courriel :@.....

Coordonnées de l'employeur : ☐ public ☐ privé

Nom de l'établissement :

Adresse complète :

Nom et prénom de l'interlocuteur qui suivra le dossier* :

Tél : Courriel :

Signataire de la convention si différent de l'interlocuteur qui suivra le dossier :

Nom et prénom* : Fonction :

Adresse complète :

Tél : Courriel :

* Écrire en majuscule

Renseignements complémentaires (handicap, contraintes physiques...) :

Souhaite participer à la formation délivrée les :

☐ Lundi 16, mardi 17 et jeudi 19 juin 2025

Fait le :

Signature et cachet