

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION

« Assistant de Soins en Gériatrie »



à retourner au Secrétariat de l'IFMA
50 route de Saint-Sébastien - 44093 NANTES Cedex 1

Nom et prénom : Nom de famille :

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / /

Adresse :

.....

Tél : Email :

INSCRIPTION A LA SESSION :

du 16 mai au 4 décembre 2018

DENOMINATION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement

Adresse :

.....

Code postal : Commune

Service :

Nom – Prénom et fonction de la personne en charge du dossier :

.....

Tél : Email :

FONCTION DANS L'ETABLISSEMENT

Diplôme : Aide soignant Aide Médico Psychologique Auxiliaire de Vie Sociale

Joindre la copie du diplôme

Poste occupé :

Public concerné :

PRISE EN CHARGE :

⇨ INDIVIDUELLE

Le stagiaire déclare s'engager à régler cette session de formation dès réception de la facture.

Fait à : Le : Signature :

⇨ PAR L'ETABLISSEMENT

L'établissement déclare prendre en charge cette session de formation.

Adresse de facturation.....

.....

Fait à : Le Signature :