FORMULAIRE D'INSCRIPTION
A LA FORMATION D'ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE
Session 2023

CANDIDAT

Nom d'usage : ……. Prénom(s) : ……

Nom de naissance : …….

Date et lieu de naissance : ……

Nationalité : ……

Adresse/code postal/Ville : ……

……..

Téléphone domicile : …… Portable : ……

Adresse mail : …… @ ……

Numéro de sécurité sociale : …….

Coller ici une photo d'identité récente

<u>Personne à prévenir en cas d'accident</u> :

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

……

Téléphone : …….

Si vous présentez une situation de handicap, contactez-nous par téléphone au 01 64 31 65 31 ou par mail : *ifsi@ch-sud77.fr*

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ **Salarié** ☐ **CDI** ☐ **CDD** ☐ **Autres :** ……

Fonction exercée ? ☐ Aide-soignant(e) ☐ Aide médico-psychologique ☐ Assistant éducatif et social

Dans quel service exercez-vous ? ……

Travaillez-vous à temps complet ? ☐ Oui ☐ Non
Si non, quel est votre temps de travail par semaine : ……

Lieu de travail :

Nom ou raison sociale de l'employeur : ……

Adresse : ……

……

Téléphone : ……

Mail : ……@ ……

Contact de l'encadrement de proximité (nom et prénom) ……

Mail ……

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de formation (1 520 € + 80 € frais d'inscription) sont pris en charge par :

☐ **L 'Employeur**

Adresse de Facturation : ……

……

Personne à contacter chargée du dossier : ……

Téléphone : ……

☐ **Un OPCO -** ***préciser le nom (UNIFAF, UNIFORMATION, ANFH…)*** :

……

PIECES A JOINDRE

* Copie des diplômes
* Accord de prise en charge de votre employeur ou OPCO
* Certificat ou contrat de travail attestant la nature du poste occupé
* Photocopie recto-verso de votre carte d'identité

Fait à …… Le ……

Signature du stagiaire **Cachet et signature de l'employeur**

CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR
attestation d'emploi
(à compléter par l'employeur)

Je soussigné……

Fonction : ……

Adresse : ……

……

Autorise Madame, Monsieur ……

A suivre la formation **d'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Formation d'une durée de 140 heures, aux dates suivantes :

- Du 8 au 10 février 2023
- Du 15 au 17 mars 2023
- Du 5 au 7 avril 2023
- Du 15 au 17 mai 2023
- Du 13 au 15 septembre 2023
- Du 18 au 20 octobre 2023
- Du 16 et 17 novembre 2023

Prise en charge des frais de formation à la charge de l'employeur :

☐ Plan de formation

☐ Autre (précisez) ……

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de la prise en charge de l'OPCO.

☐ Autorisation ferme (financement acquis)

☐ En attente de financement – ***dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard 1 semaine avant l'entrée du stagiaire en formation.***

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser le montant : ……

Dans ce cas précis, quel sera le mode de financement complémentaire ?

……

Tous les items de cette attestation doivent obligatoirement être complétés.

Fait à …… Le …….

Signature du stagiaire **Cachet et signature de l'employeur**

A retourner à : **I.F.S.I. du Centre Hospitalier Sud 77 – 55 bd du Maréchal Joffre – 77305 Fontainebleau cedex**

Ou par mail à : ***ifsi@ch-sud77.fr***