

INSTITUTS DE FORMATION  
CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE-ET-MARNE

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2025**  
**FORMATION DES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIÉS**  
**EXERÇANT EN LIEU DE VIE**

**NOM d'usage :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

Coller ici  
une  
photo d'identité  
récente

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse - code postal/Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

**Votre employeur actuel :**

**Votre service d'affectation :**

**Votre grade :**

**Je souhaite m'inscrire (cochez la session choisie) \* :**

**Session 1 :**

du 10 février 2025 au 11 février 2025  
du 03 mars 2025 au 04 mars 2025  
du 17 mars 2025 au 18 mars 2025  
du 31 mars 2025 au 01 avril 2025  
du 07 avril 2025 au 08 avril 2025

**Session 2 :**

du 28 avril 2025 au 29 avril 2025  
du 12 mai 2025 au 13 mai 2025  
du 19 mai 2025 au 20 mai 2025  
du 26 mai 2025 au 27 mai 2025  
du 02 juin 2025 au 03 juin 2025

**Session 3 :**

du 15 septembre 2025 au 16 septembre 2025  
du 22 septembre 2025 au 23 septembre 2025  
du 13 octobre 2025 au 14 octobre 2025  
du 03 novembre 2025 au 04 novembre 2025  
du 17 novembre 2025 au 18 novembre 2025

Date :

Signature :

***\* Si vous êtes pris(e) en charge par un organisme ou votre employeur, merci de joindre les documents de prise en charge avec votre formulaire d'inscription – coût de formation 1 000 €.***