



- 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

FONCTION  AIDE-SOIGNANT  AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE OU DEAES\*  AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE\*

\* exerçant leurs fonctions d'accompagnement soit au domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD...) soit en établissement (EHPAD, PASA, SSR, USLD, UHR...)

NOM DE FAMILLE .....

PRENOM .....

NOM D'USAGE .....

ADRESSE .....

.....

Code postal ..... Commune/Ville .....

☎ Domicile ..... ☎ Portable .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

E-Mail .....

Signature :

*En qualité d'employeur, vous vous engagez à prendre en charge les frais de cette action de formation.*

*(tarif 2024 fixé à 1816 €)*

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

*Date : .....*

*Signature & Cachet de l'Employeur :*

PARTIE EMPLOYEUR

FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER ACCOMPAGNEE DE LA COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE & DU DIPLOME DE L'AGENT

PAR MAIL : virginie.rullier@ch-niort.fr

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