



- Merci de compléter une fiche par agent à inscrire -

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR .....

NOM ET PRENOM DU DIRECTEUR .....

ADRESSE PRECISE .....

.....

.....

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

☎ Professionnel ..... E-Mail .....

**AGENT A INSCRIRE**

**FONCTION** : ASH exerçant leurs fonctions en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé, depuis au moins 3 mois

- 1. Personnel en poste en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD public ou privé)
- 2. Personnel en poste en service d'aide à la personne au domicile (SAAD public ou privé)
- 3. Personnel en poste en établissement de santé (public ou privé) dans des unités de soins pour personnes âgées type USLD

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 2023 non fixé à ce jour)

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

Date : .....

Signature & Cachet de l'Employeur :

FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER AVANT LE **LUNDI 20 FÉVRIER 2023 ACCOMPAGNÉE DE :**  
LA COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE & DE L'ATTESTATION JUSTIFIANT DE 3 MOIS D'ACTIVITE (ETP)

A : Inscription Formation ASH 70h - Centre de Formations Paramédicales  
40 av Charles de Gaulle – BP 70600 - 79 021 NIORT CEDEX