

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION – ANNEE 2024

« PARTICIPER AUX SONS D'HYGIENE, DE CONFORT ET DE BIEN ETRE DE LA PERSONNE AGEE »

NOM de NAISSANCE EPOUSE.....

PRÉNOMS

NE (E) LE NATIONALITÉ

Numéro de Sécurité sociale.....

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE(S) *obligatoire* :

Fixe : Portable :

Ce numéro restera confidentiel si vous êtes sur la liste rouge

Mail *obligatoire* :

Etablissement employeur :

Fonction :

Ancienneté dans la fonction :

Dates de la session : 25 au 27/ 09 – 10 et 11/10 – 05/11 – 27 au 29/11 et 17/12/2024 (soit 10 jours)

FINANCEMENT

Personnel

Organisme de financement : (précisez et joindre attestation de prise en charge)

.....

Employeur : (précisez et joindre attestation de prise en charge)

.....