

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION – ANNEE 2025

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

NOM de NAISSANCE EPOUSE.....

PRÉNOMS

NE (E) LE NATIONALITÉ

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 : 24 au 26/ 09 – 16 et 17/10 – 06/11 – 26 au 28/11 et 16/12/2025 (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)

.....