



FICHE D'INSCRIPTION FORMATION GESTES ET POSTURES DANS LES SOINS



NOM DE NAISSANCE :	
NOM D'USAGE :	
PRENOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE :	SEXE :
LIEU DE NAISSANCE :	DEPARTEMENT DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLETE :	
CODE POSTAL : VILLE :	
TELEPHONE :	PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE
COURRIEL@.....	NOM PRENOM TELEPHONE

NOM DE L'EMPLOYEUR : Joindre accord de l'employeur à financer la formation	
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :	
CODE POSTAL : VILLE :	
TELEPHONE :	COURRIEL :
MODE DE FINANCEMENT : joindre un justificatif de prise en charge du coût de la formation	
<input type="checkbox"/> OPCO SANTE <input type="checkbox"/> ANFH <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> AUTRE (précisez)	

Session souhaitée (cochez la date de votre choix) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 7 et 8 juin + 5 juillet 2021 | <input type="checkbox"/> 11 et 12 octobre + 8 novembre 2021 |
| <input type="checkbox"/> 10 et 11 juin + 6 juillet 2021 | <input type="checkbox"/> 13 et 14 décembre 2021 + 3 janvier 2022 |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments portés sur la notice d'information.

Date et signature du candidat

