

FICHE D'INSCRIPTION OFFRE DE FORMATION CONTINUE

Formation (veuillez cocher la formation demandée)

PRÉPARATION CONCOURS	OFFRE DE FORMATION	ACCOMPAGNEMENT VAE
☐ Préparation Concours IFCS ☐ Préparation à la Sélection IFAS ☐ Préparation à la Sélection IFAP ☐ Préparation à la Sélection IDE FPC : ☐ 2 jours ou ☐ 7 jours ☐ Préparation à la Sélection IFP	☐ Tutorat IDE ☐ Tutorat AS ☐ Tutorat AP ☐ Le toucher dans la relation de soins ☐ Adaptation à l'emploi d'ASH en fonction « soins » dans un EHPAD ☐ ASH / Agent des services - Renforcement des compétences 70 heures ☐ Renforcement des compétences AS ☐ Renforcement des compétences AP - Ateliers ☐ Renforcement des compétences AS- Ateliers	☐ Accompagnement VAE AS ☐ Accompagnement VAE AP

Dates sessions souhaitées par rapport à celles proposées :

.....

.....

Données personnelles

Madame: ☐

Monsieur: ☐

Nom, Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse personnelle :	
Téléphone :	
E-mail professionnel :	
Fonction :	
Diplômes :	

Données de l'employeur

Établissement :	
Adresse employeur	
Téléphone :	
e-mail :	
Siret :	
Signataire de la convention (Nom et qualité)	
Contact direct (Nom, numéro et fonction)	

A quel(s) besoin(s) en compétences, ce projet de formation répond-il ? (réponse obligatoire)

Situation de handicap

RQTH : Oui ☐ Non ☐

Structure spécialisée de rattachement :

Identification DYS : Oui ☐ Non ☐

Souhaitez-vous signaler une autre situation d'handicap (non RQTH) qui nécessiterait des adaptations durant votre formation : Oui ☐ Non ☐

Financement :

☐ Personnel (chèque à l'ordre de Mr le receveur du CH AGEN NERAC)

☐ CPF uniquement pour la VAE

☐ Employeur (plan de développement des compétences)

☐ Aide individuelle à la formation (demandeur d'emploi)

☐ Autre (précisez) :

Coordonnées du financeur :

- Nom :
- Adresse :
- Tél :
- Mail :
- Envoi facture CHORUS : ☐ oui ☐ non
- Numéro engagement :
- Numéro APEC :

Pièces justificatives à fournir

Pour les financements personnels :

- Une lettre d'engagement à suivre la formation

Pour les financements employeurs, CPF, France TRAVAIL :

- Une attestation de prise en charge.

Date :

Signature :