

## FORMATION ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE FICHE D'INSCRIPTION 2025

*Ouverture de la session sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits*

Site : **BOURGES**   
**OLIVET**

Coller ici  
votre photo  
d'identité

### Le candidat

NOM (en lettres capitales) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Code postal / / / / / / Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Fonction actuelle \_\_\_\_\_

Niveau d'études : \_\_\_\_\_ Diplôme professionnel obtenu (le plus élevé) : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la fonction / / / / / / Ancienneté dans le secteur : \_\_\_\_\_

### Type de contrat :

Employé : si oui préciser le type de contrat : (CDD, CDI, emploi avenir, contrat apprentissage...) : \_\_\_\_\_

### Employeur

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Nom de la personne en charge du dossier \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / / / / / / Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_



# ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

*(Exemplaire à retourner à l'E.R.T.S. lors de l'inscription)*

Etablissement employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Directeur, Directrice de  
l'établissement ci-dessus désigné atteste :

**\* Autoriser :**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Poste occupé durant la formation \_\_\_\_\_

à suivre la formation d'**ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

qui se déroulera à **OLIVET**  **BOURGES**

**\* et financer la formation par :**

Un financement OPCA (sous réserve de l'accord), préciser lequel : \_\_\_\_\_

Le budget de l'établissement

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Fait à

Le

Cachet de l'établissement

La Directrice,  
Le Directeur,

