

Site:

BOURGES

OLIVET

POLE FORMATIONS CERTIFIANTES ET METIERS DE L'ENCADREMENT

Coller ici

votre photo

TEL: 02.38.69.63.96 – Mail: asg@erts-olivet.org Numéro déclaration d'activité: 24450236845

FORMATION ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE FICHE D'INSCRIPTION 2025

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

| | | | d'identité | |
|----------------------------|---|-------------------------------------|------------|--|
| Le candidat | | | | |
| NOM (en lettres capitales) | | Prénom | | |
| Date de naissance | | Lieu de naissance | | |
| Adresse personnel | le | | | |
| Code postal | 1 <u> </u> | Ville | | |
| Téléphone | Portable | E-mail _ | | |
| Fonction actuelle _ | | | _ | |
| Niveau d'études : | Diplôme professi | onnel obtenu (le plus élevé) : | | |
| Date d'entrée dans | la fonction / / / And | cienneté dans le secteur : | _ | |
| Type de contrat : | | | | |
| Employé : si oui | préciser le type de contrat : (CDD, | CDI, emploi avenir, contrat apprent | issage) : | |
| Employeur | | | | |
| Nom de l'établisser | ment | | _ | |
| Nom de la personn | candidat // (en lettres capitales) Prénom e de naissance Lieu de naissance esse personnelle e postal /_/ / / / Ville éphone Portable E-mail ction actuelle e d'entrée dans la fonction /_/ / Ancienneté dans le secteur : e d'entrée dans la fonction /_/ / Ancienneté dans le secteur : e de contrat : mployé : si oui préciser le type de contrat : (CDD, CDI, emploi avenir, contrat apprentissage) : ployeur n de l'établissement e postal /_/ / / / / Ville e postal /_// / / Ville | | | |
| Adresse | | | | |
| Code postal | 1_1 1 1 1 | Ville | | |
| Téléphone | Télécopie | | | |





TEL: 02.38.69.63.96 – Mail: asg@erts-olivet.org Numéro déclaration d'activité: 24450236845

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

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

| Etablissement employe | ur | | |
|---|--|---------------|---------------------------------|
| Adresse | | | |
| | | | |
| Code Postal | | Ville | |
| Téléphone | Fax | | E-mail |
| Je soussigné(e) l'établissement ci-dessu | us désigné atteste : | | Directeur, Directrice de |
| * Autoriser : | | | |
| Madame, Mad | emoiselle, Monsieur, | | |
| Nom | | | |
| Prén | om | | |
| Post | e occupé durant la forma | ation | |
| | d'ASSISTANT DE SOINS LIVET ☐ BOURGE | | NTOLOGIE |
| * et financer la format | ion par : | | |
| Un financen | nent OPCA (sous réserve | e de l'accord |), préciser lequel : |
| □ Le budget of | de l'établissement | | |
| ☐ Autre (préc | iser): | | |
| Fait à | | Le | |
| Cachet de l'étab | lissement | | La Directrice, Le Directeur, |

