I.F.S.I-I.F.A.S. ALBERT SCHWEITZER
Centre Hospitalier

☎ *Secrétariat : 01.34.53.20.27*

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION
« ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE »
SESSION 2021-2022

Groupement Hospitalier de Territoire Saint-Denis Gonesse Plaine de France

Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐

(Coller ici votre photo)

NOM (de jeune fille) _____

PRÉNOM _____

NOM D'ÉPOUSE _____

DATE **et** LIEU DE NAISSANCE ____/____/_____ à _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL/VILLE |__|__|__|__|__| _____

☎ fixe |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎ portable |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de l'étudiant ou son conjoint ; pas celui des parents) _____

Souhaite participer à la formation « Assistant de soins en Gérontologie » qui se déroulera d'Octobre 2021 à Mars 2022 soit 140 heures.

Les frais d'inscriptions sont de 26€ **(non remboursable)** : à joindre lors du dépôt du dossier

(Les agents du Centre Hospitalier de Gonesse pris en charge par la formation continue en sont dispenses).

Je remplis les conditions suivantes :

- Titulaire du DEAMP ☐
- Titulaire du DEAS ☐
- Titulaire DEAV ☐
- Accompagnant éducatif et social ☐

- Etes-vous salarié(e) : oui ☐ Non ☐

Prise en charge des frais de formation :

☐ Prise en charge individuelle (candidat libre)

Le règlement des frais de formation s'élevant à 900 € se font en 1 chèque de 900 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC (Le régisseur est tenu d'encaisser ce chèque à réception du dossier, un reçu vous sera adressé) ou par titre de recettes.

☐ Prise en charge par l'employeur

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Telephone : _____ Telecopie : _____

Personne a contacter dans l'entreprise : _____

Fonction : _____

Dès réception de votre inscription, nous prenons contact avec votre employeur afin d'établir une convention de formation : coût pédagogique 1 600 €

☐ Autre- precisez : ……..

VOUS BENEFICIEZ D'UNE PRISE EN CHARGE TOTALE OU PARTIELLE PAR UN ORGANISME
Vous joignez à votre inscription le document écrit de prise en charge de l'organisme, accompagné en cas de prise en charge partielle du règlement du montant à votre charge.

Les places etant limitees, elles seront attribuees selon l'ordre d'arrivee. Toute fiche d'inscription incomplete sera renvoyee et de ce fait, vous ne serez pas inscrit.

Pour toute demande ou question complementaire, merci d'utiliser de preference l'adresse electronique :
IFSI@CH-GONESSE.FR

Date :
Signature du candidat :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Financement

- Candidat libre ☐
- Fongécif ☐
- Pôle Emploi ☐
- Employeur ☐
- Mission Locale ☐

État civil :

- Copie C.I ☐
- Copie passeport ☐
- Copie titre de sejour en cours de validite ☐

Titre inscription :

Copie justifiee par l'original
Oui ☐ Non ☐

Diplome : …… ☐

Frais inscription (26€)

- Espèces ☐
- Chèque ☐
- Mandat ☐

Date paiement : _____

Reçu n° : _____

Date saisie logifsi : _____

Autres pièces à fournir

- Curriculum-Vitae ☐
- Lettre de motivation ☐
- Copie de la carte vitale ☐