



**INSTITUT DE FORMATION INTERHOSPITALIER THEODORE SIMON
FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION MODULAIRE A DESTINATION DES ASH**

SESSION 1 (10/11/12/16/17/22/23/24/29 MARS et 08AVRIL) :

SESSION 2 (5/6/7/11/12/19/20/21/25/31 MAI) :

SEXE : Féminin Masculin

NOM DE NAISSANCE.....

PRENOM

NOM D'EPOUSE.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

SITUATION DE FAMILLE :

NATIONALITE.....

N° SECURITE SOCIALE

ADRESSE

DOMICILE..... PORTABLE :.....

E.mail

EMPLOYEUR

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Date de prise de poste :

PIECES A FOURNIR

- Copie de la carte d'identité ou du passeport ou du titre de séjour en cours de validité
- Attestation employeur justifiant de 3 mois d'expérience en qualité d'ASH

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Coût de la formation : 1360 €

Prise en charge employeur

Joindre l'attestation de prise en charge de l'employeur

ATTESTATION

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A.....le.....

Signature