

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation ASG Session Avril 2024

A renvoyer par mail à accueil@etcharry.org

INTITULÉ DE LA FORMATION : Assistant.e de Soins en Gériatrie

Lieu : Ustaritz

Date : du 11 avril au 13 décembre 2024 > 140h

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

NOM :

Prénom :

Métier :

Date de naissance : __/__/____

Téléphone :

Adresse (nécessaire si financement personnel) :

Adresse mail :

La convocation, l'attestation de fin de formation ainsi que l'ensemble des informations liées à la formation seront envoyées à cette adresse mail

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

FINANCEMENT : Financement personnel du participant

Financement Pôle Emploi (un devis sera envoyé à pôle emploi)

Financement de l'employeur/OPCO (renseigner les informations suivantes)

SI FINANCEMENT EMPLOYEUR :

Informations de l'employeur :

Raison sociale :

Sigle :

Ville :

CP :

NOM et Prénom du responsable/ interlocuteur :

Téléphone :

Adresse mail :

Les éléments administratifs liés à la formation (devis, convention, facture...) seront envoyés à cette adresse