



## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

### FORMATION

**TITRE DE LA FORMATION :** ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE  
**DATES :** Du 25 septembre 2017 au 14 décembre 2017  
**REGROUPEMENTS :** Du lundi au jeudi : semaines 39, 42, 45, 47 et 50 soit 140 heures  
**LIEU de FORMATION :** IRFSS Centre Val de Loire (Chambray les Tours)  
**Date limite d'inscription :** le 30 août 2017

### IDENTITE

Madame  Monsieur

Nom usuel : .....

Prénom : ..... Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Pays : .....

Adresse personnelle : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Mail : .....

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié :  CDI  CDD  Autre :

Profession : ..... Diplômes : .....

Poste occupé : ..... Services : .....

Auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées OUI  NON

Lieu de travail : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Siège social (si différent) : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

### PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Les frais de formation sont pris en charge

Par l'employeur ..... (joindre une attestation de prise en charge)

Par un OPCA – Organisme Paritaire Collectif Agréé, si oui lequel..... (joindre un justificatif)

A titre individuel..... (joindre le règlement par chèque bancaire)

(Cocher la case correspondant à votre réponse et compléter)

La facture doit être envoyée à : (nom de la structure) .....

Adresse : .....

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

Le Responsable, signature et cachet de l'entreprise                      Le Stagiaire, signature

Fiche à retourner complétée à

**IRFSS Centre – CFRP Croix Rouge Française**  
**Service Formation Continue**  
 6 avenue du Professeur Alexandre Minkowski  
 CS 40324  
 37173 CHAMBRAY LES TOURS CEDEX  
 Tél. 02.47.88.43.67 - Fax 02.47.49.00.62  
 e-mail : crfp.centre@croix-rouge.fr