



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION

PREPARATION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

✓ STAGIAIRE :

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Téléphone personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : _____

Profession : _____

✓ EMPLOYEUR : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (à remplir impérativement)

Correspondant de formation continue de l'établissement : _____

Adresse mail : _____ Téléphone : _____

✓ DATES DE LA FORMATION :

- 15 et 16 octobre 2020
- 26 et 27 novembre 2020
- 10 et 11 décembre 2020
- 15 janvier 2021

✓ COUT DE LA FORMATION : 700 euros par stagiaire

Financement par employeur

à titre individuel

Date :

Signature du responsable de la structure :

Signature du stagiaire :

Dans le cas d'une annulation au moins 10 jours calendaires avant la date planifiée de la session, le Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes facturera au commanditaire **25 % du montant total** de la formation pour frais de gestion. **Toute formation commencée est due.**

Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.