



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

## FICHE D'INSCRIPTION

CPT 291 B

### ADAPTATION A L'EMPLOI EN S.S.P.I. pour les AS

✓ **STAGIAIRE** :

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel. \_\_\_\_\_

Adresse mail du stagiaire obligatoire : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

✓ **EMPLOYEUR** : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correspondant de formation continue de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse mail de l'employeur \_\_\_\_\_

Téléphone | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

✓ **DATES DE LA FORMATION** :

**28 avril 2022**

✓ **COÛT DE LA FORMATION** :

**160 euros par stagiaire**

**Financement par employeur**

**à titre individuel**

Date :

Signature du responsable de la structure :

Signature du stagiaire :