



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 :