Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants
du Centre Hospitalier de Haute-Corrèze

FORMATION CONTINUE

INVESTIR LA FONCTION « TUTEUR AIDE-SOIGNANT »

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Date(s) de la session souhaitée(s) :……

Année de l'obtention du diplôme d'aide-soignant :

Fournir obligatoirement la photocopie du diplôme et un CV

Coordonnées du stagiaire

Mme, M : …… **Nom de naissance :**……

Né(e) le : ……/……/…….. **Ville et N° Département :**……

☎ Fixe : …… **☎ Portable :** ……

@ (obligatoire) : ……@……

Etablissement d'exercice et service :

……

Adresse de l'établissement :

……

☎:……

Conditions de prise en charge des frais de formation :

☐ Je m'engage à régler moi-même le montant de la formation sur présentation d'une facture

☐ Je demande une prise en charge de la formation à l'organisme ou à l'entreprise désignée ci-dessous (destinataire de la convention de formation)

Directrice : F. GIRARD

☎ : **05 55 96 43 79**

✉ : f.girard@ch-ussel.fr

2 Avenue du Dr Roullet

19208 USSEL Cedex

Secrétariat IFSI

☎ : **05 55 96 40 23**

✉ : **ifsi@ch-ussel.fr**

Secrétariat IFAS

☎ : **05 55 96 42 56**

✉ : ifas@ch-ussel.fr

Secrétariat
Formation Continue

☎ : **05 55 96 43 49**

✉ : formationcontinue @ch-ussel.fr

Siret : 26 19 275 03 000 19

N° de déclaration d'activité :

74 19 P 00 16 19

Certification qualiopi au titre de la catégorie d'actions suivantes :

- Actions de formation
- Action permettant de valider les acquis de l'expérience (VAE)

N°QUA2109AOCHUSS
du 31/12/2024 au 30/12/2027

Si prise en charge par l'établissement employeur

Nom : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……**Ville :**…….

Personne signataire de la convention : Cachet et Signature :……

……

Personne à joindre :

NOM :…… Prénom : ……

☎ …… @ : ……..

Pour toute information complémentaire vous pouvez appeler le secrétariat au 05.55.96.42.56

Toute personne en situation de handicap est invitée à joindre le référent handicap de l'Institut : F. GIRARD

La Directrice

F.GIRARD