

FICHE D'INSCRIPTION ACCOMPAGNEMENT VAE / AIDE-SOIGNANT

Dates :	A déterminer (24 heures)
STAGIAIRE	NOM : PRENOM : Date de naissance : Lieu de naissance..... Dpt : Adresse : CP : VILLE : ☎ @..... Qualification Diplôme : Année :
EMPLOYEUR	Nom et fonction du de la personne Responsable : Adresse..... CP : VILLE : ☎ @ Fax ☐ Par l'établissement employeur : Je soussigné (e)..... agissant en qualité de..... m'engage, par la présente, à prendre en charge les frais afférents à cette inscription soit 1300 €. Cachet Date Signature ☐ Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation Date : Signature La facture doit être établie à l'ordre : ☐ du stagiaire ☐ de l'établissement employeur ☐ Autre : (fournir coordonnées complètes)
	A retourner à IFSI - 2 avenue d Docteur Roulet – 19200 USSEL