

Directrice : F. GIRARD

☎ : 05 55 96 43 79

✉ : f.girard@ch-ussel.fr

2 Avenue du Dr Roulet

19208 USSSEL 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 qualiopti 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

ACTUALISATION DES COMPETENCES 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 :

.....

☎ Téléphone :

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 Roulet

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