

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
**« FORMATION AIDES-SOIGNANTES : Actualisation des compétences »**  
**Session 2025**

**A retourner avant le vendredi 25 juillet 2025 à l'adresse mail : [ifas@epsm-somme.fr](mailto:ifas@epsm-somme.fr)**

**Les coordonnées de l'employeur**

Nom de l'établissement :

.....

Numéro SIRET :

.....

Nom du service :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom du responsable de l'établissement :

.....

Nom du responsable de la formation continue :

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom de la personne chargée du dossier d'inscription (pour envoi des documents)

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Etablissement signataire de la convention de formation : *(si différent)*

.....

Adresse :

.....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Email : .....

**Les coordonnées du participant**

|                                                                      |                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr - Nom ..... | Nom marital : ..... |
| Prénom : ..... Date de Naissance : .....                             |                     |
| Fonction / Grade : .....                                             |                     |
| Adresse personnelle :<br>.....<br>.....                              |                     |
| Téléphone personnel : ..... Mail personnel : .....                   |                     |

**Coût total pour 3 jours de formation (repas non inclus) : 500 €**

**Prise en charge financière :**

☐ Etablissement (au titre du plan de formation)

☐ ANFH

☐ Autre OPCA que l'ANFH, si oui lequel ?  
.....

Fait à ..... Le : .....

Signature et cachet de l'employeur

Signature du stagiaire