

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**« FORMATION AIDES-SOIGNANTS : Actualisation des compétences » Session 2026**

**A retourner avant :**

- **le Mardi 31 Mars 2026 pour la 1<sup>ère</sup> session des 18, 19 et 25 Juin 2026 ou**
- **le Vendredi 31 Juillet 2026 pour la 2<sup>ème</sup> session des 14, 15 et 19 Octobre 2026 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**

☐ Mme ☐ Mr - Nom ..... Nom marital : .....

Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Fonction / Grade : .....

Adresse personnelle :  
.....  
.....

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