

Photo  
d'identité  
récente

Date de réception : .... / .... / .....

## **DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION**

### ***Accompagnements éthiques et non médicamenteux des personnes âgées et en situation de handicap***

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date et lieu de Naissance : Le ...../...../..... à .....

Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : .../..... / ..... /..... / ..... / .....

#### **VOS COORDONNEES PERSONNELLES**

Adresse personnelle : .....

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

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

**Autorisez-vous l'IRTESS à communiquer vos coordonnées ?**

- **A vos collègues de promo**     OUI                     NON  
- **Aux intervenants**             OUI                     NON

## VOTRE CURSUS SCOLAIRE

Diplôme		Date d'obtention
CEP (Certificat d'Etude Primaire)	<input type="checkbox"/>	
BEPC (Brevet des Collèges)	<input type="checkbox"/>	
BEP	<input type="checkbox"/>	
CAP	<input type="checkbox"/>	
Baccalauréat Général	<input type="checkbox"/>	
Baccalauréat Professionnel	<input type="checkbox"/>	
DEUG - DUT - BTS	<input type="checkbox"/>	
Licence	<input type="checkbox"/>	
Autre à préciser	<input type="checkbox"/>	

## Pour les salariés : VOTRE ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

### **Coordonnées de l'établissement :**

Nom de l'établissement, du Service ou de l'Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom du (de la) Directeur(trice) : \_\_\_\_\_

Service administratif dont dépend l'Etablissement ou le service : \_\_\_\_\_

Service et Personne à qui doivent être envoyés les courriers : \_\_\_\_\_

### **Votre contrat :**

Vous réalisez votre formation dans le cadre d'un :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD) |
| <input type="checkbox"/> Temps Complet                      | <input type="checkbox"/> Mi-Temps                         |

## FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

**L'Etablissement employeur**

**Un Organisme Financier**

Nom et adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_

Personne chargée du suivi du dossier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Autofinancement**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

*Signature du (de la) candidat(e) :*

*Signature et cachet de l'employeur (s'il concerné) :*

### Pièces à joindre à votre dossier d'inscription :

**Dossier d'Inscription à la Formation**

**1 scan ou 1 Photo d'Identité** récente

Photocopie de la **Carte d'Identité recto-verso**

Photocopie du ou des **diplômes**

### **Pour les salariés :**

**Attestation de l'employeur** précisant la **Nature du contrat de travail** et le **Poste de travail occupé** pendant la durée de la Formation (si concerné)

**Autorisation de l'Employeur à suivre cette Formation** et précisant les **Conditions de son Financement** (si concerné)

**Seuls les dossiers d'inscriptions COMPLETS seront pris en compte**

### **Dossier à retourner à l'adresse suivante :**

**IRTESS de Bourgogne**

**Secrétariat Formation Assistant de soins en Gériatrie (ASG)**

*A l'attention de Madame BOUPACHA Louiza*

*lboupacha@irtess.fr*

**2 Rue Professeur Marion**

**21000 DIJON**