



CENTRE
HOSPITALIER
DÉPARTEMENTAL
BISCHWILLER

INSTITUT DE FORMATION

FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION au TUTORAT A.S.

Accompagnement des élèves aides-soignants en stage

Session : le 16 février 2018 ET le 16 mars 2018
 le 05 octobre 2018 ET le 16 novembre 2018

NOM : **PRENOM** :

NOM Marital :

ETAT CIVIL : célibataire, marié(e), en situation maritale, divorcé(e)

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : Code Poste : Ville : Pays :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

Code Poste : **Ville** :

N° de TELEPHONE : fixe : portable :

E-mail :

N° de SECURITE SOCIALE :

DATE d'OBTENTION du DIPLOME : I.D.E. :
 A.S. :
 Autres :

Personnes à prévenir en cas d'urgence : Nom : Prénom :
Filiation : Père Mère Frère/Sœur Conjoint Ami
Téléphone :

(Veuillez retourner la feuille et la compléter)

SITUATION ACTUELLE :

Activité salariée :

Nom de l'Établissement :

Nom du Directeur de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

.....

Adresse mail :

N° de téléphone :

Service d'affectation :

Nom du Cadre ou IDE Référent

N° de téléphone :

Adresse mail :

Nature du contrat : Titulaire de la Fonction Publique :

CDI date d'embauche :

CDD date de fin :

CAE/CUI date de fin :

Autres précisez :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Organisme (OPCA, autres...) indiquer le Nom :

Employeur indiquer le Nom :

Je demande à être inscrit(e) pour suivre la formation Tutorat AS.

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A, le

Signature,