

Bulletin d'inscription Assistant de Soins en Gériatrie

Le stagiaire :

NOM Prénom

Adresse Personnelle :

.....

Code Postal : Ville :

Tel personnel : Mail personnel

Date de naissance : Lieu de naissance :

Diplôme pré-requis : A.M.P. Aide-soignante AES

Poste occupé actuellement :

L'employeur :

Etablissement ou service employeur :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tel professionnel : Mail professionnel

Financier :

à retourner le plus rapidement possible au Service Formation Continue de l'ENSEIS de la Loire accompagné d'une copie du diplôme professionnel.

Fait à :

Le :

Signature du stagiaire :

Signature et cachet employeur :