



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Assistant de Soins en g erontologie

Prix : 1610  

### Identité stagiaire

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél : .....

Courriel : .....

### Financement

Individuel\*

Employeur

OPCA (Unifaf ...)

Autre

(\* ) accompagné du règlement pour les inscriptions individuelles

### Prise en charge par l'employeur

Nom du directeur : .....

.....

 tablissement : .....

.....

Adresse convention : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél : .....

Courriel : .....

Adresse facturation : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél : .....

Courriel : .....

FINESS.....

SIRET.....

APE .....

### Bulletin à retourner à

Fathia TOUEL / fathia.touel@irts-fc.fr

ou

IRTS de Franche-Comté / AAP

Patricia CHAUVEZ-SIOURD

1, rue Alfred de Vigny CS 52107

25051 Besançon Cedex

Fait à .....le .....

(cachet + signature)