

BULLETIN D'INSCRIPTION

ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

Identité stagiaire	Prise en charge par l'employeur
Nom :	Organisme employeur :
Prénom :
Fonction :	Établissement d'exercice :
Adresse :
.....	Nom du directeur :
Code Postal :	Adresse convention / facturation
Ville :
Tél :
Courriel :	Code Postal :
.....	Ville :
.....	Tél :
.....	Courriel :
.....	FINESS.....
.....	SIRET.....
.....	APE

Financement

- Individuel
- Employeur
- OPCO
- Autre

Bulletin à retourner à
 Sophie KAUFFMANN (sophie.kauffmann@irts-fc.fr)
 IRTS de Franche-Comté
 1, rue Alfred de Vigny CS 52107
 25051 Besançon Cedex

Fait à le (cachet + signature)