

BULLETIN D'INSCRIPTION

Assistant de soins en gérontologie



ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

SIRET :

Nom du directeur-trice :

Nom de l'interlocuteur-trice :

Adresse :

CP Ville :

Téléphone :

E-mail :

FORMATION

Dates :

Nombre de personnes :

Adresse de facturation :

STAGIAIRE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

CP Ville :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

N  RPPS ou N  ADELI (pour formations DPC) :

Diplôme obtenu :

PRISE EN CHARGE

- ☐ Employeur
- ☐ Gestionnaire de fonds de formation (OPCO)
- ☐ Auto financement
- ☐ Autres

Fait   :

Date :

Signature
(+cachet de l'établissement)

Merci de retourner ce bulletin d'inscription par courrier (L'EDIAC Formations, 9 rue du Verdon, 67100 Strasbourg) ou par mail (administration@ediacformation.com) en joignant le règlement (chèque à l'ordre de L'EDIAC Formations).
Tél : 07.45.10.77.77 - www.ediacformation.com - N  SIRET : 840 630 305 000 26