

Séquences : 2025

INFORMATIONS INDIVIDUELLES

Nom marital : Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

.....

N° téléphone fixe : N° téléphone mobile :

E-mail :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal : Ville : Pays :

Nationalité :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Filiation : Père Mère Frère/Sœur Conjoint Ami

Téléphone :

SITUATION ACTUELLE

Activité salariée :

Nom de l'établissement :

Nom du Directeur de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

.....

N° téléphone fixe : N° téléphone mobile :

E-mail :

Service d'affectation :

(Veuillez retourner la feuille et la compléter)

Demandeur d'emploi

N° d'identifiant :

Autre situation : à préciser

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Organisme (OPCO, Pôle emploi, CPF autres...) indiquer le Nom :

Employeur indiquer le Nom :

Personnel joindre le chèque à l'ordre du trésor public :

DIVERS

- Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

- Avez-vous des thématiques spécifiques que vous souhaitez voir abordées lors de cette formation ?
 oui non

- Si oui lesquelles ?

- Etes-vous en situation de handicap ? oui non

- Avez-vous des besoins spécifiques pour suivre cette formation ? oui non

- Si oui lesquels ?

Vous pouvez contacter le référent handicap, Mme EHRHARDT Christine au 03.88.80.22.37

Je demande à être inscrit(e) pour suivre la formation SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE EN FIN DE VIE.

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

A, le

Signature,