

Session :  3 juin 2025 et 13 juin 2025  
Date limite d'inscription : 28 mai 2025  
 25 septembre 2025 et 09 octobre 2025  
Date limite d'inscription : 19 septembre 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 gestes et postures, manutention des personnes âgées et/ou à mobilité réduite - 2J – PRSONNEL SOIGNANT.

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

A ....., le .....

Signature,