

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,