

# H.R. FORMATION

21 Rue Jean Jaurès 35760 MONTGERMONT

Tel : 02.99.68.83.19 Fax : 02.99.23.14.73

EURL AU CAPITAL DE 7 622,45 EUROS RCS RENNES B 379 688 617 FC 53350295935

SIRET 379 688 617 00024 CODE APE 8559A

E-mail : accueil@hrformation.com

Internet : www.hrformation.com

## FORMATION ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE

### DEMANDE D'INSCRIPTION Pour la formation à Montgermont

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Année d'obtention du diplôme : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) Mlle, Mme, M. [nom et prénom] : \_\_\_\_\_

certifie m'inscrire à la session de formation « Assistant de soins en gérontologie qui se déroulera pendant  
**20 journées de 7 heures** et m'engage à suivre la **durée totale** de la formation

14-15-28-29 septembre 2015 ; 12 et 13 octobre 2015 - 2-3 et 30 novembre 2015  
1er-17-18 décembre 2015 ; 7-8-28-29 janvier 2016 ; 11 et 12 février 2016  
3 et 4 mars 2016

Ci-joint un chèque de 1 610 €

Conventionnement et facturation à établir à l'attention de l'Établissement prenant en charge  
la présente formation.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :