

# 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](mailto:accueil@hrformation.com)

Internet : [www.hrformation.com](http://www.hrformation.com)

## PREPARATION AUX CONCOURS D'ENTREE DANS LES INSTITUTS DE FORMATION DES D'AIDES-SOIGNANTS (IFAS)

### 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 préparation aux concours d'entrée en Institut de Formation des Aides-Soignants qui se déroulera pendant **12 journées de formation de 6 heures** et **2 journées** pour la préparation orale et m'engage à suivre **la durée totale** de la formation

- Ci-joint un chèque de 85,00 € (frais d'inscription). Le solde (1 143,00 €) peut être réglé en plusieurs mensualités.
- Conventonnement et facturation à établir à l'attention de l'Établissement prenant en charge la présente formation.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :