

## Bulletin d'inscription Assistant de Soins en Gériatrie

### Le stagiaire :

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

@

Né(e) le :

à :

dépt :

Diplôme pré-requis :  DEAMP  DEAS  DEAVS

Joindre obligatoirement une copie du diplôme

### L'employeur :

Etablissement :

Nom et qualité du responsable :

Nom du référent formation continue :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

@

Adresse de facturation (si différente) :

Code postal :

Ville :

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'employeur,