

## Bulletin d'inscription

### Formation « Développer ses compétences pour l'exercice professionnel aide-soignant »

#### Le stagiaire :

Nom : Prénom :  
Adresse personnelle :  
Code postal : Ville :  
Tél. : Mail : @  
Né(e) le : à : dépt :

#### L'employeur :

Etablissement :  
Nom et qualité du responsable :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Tél. : Mail : @  
Adresse de facturation (si différente) :  
Code postal : Ville :

Signature du Stagiaire

Fait à : le  
Signature et cachet de l'employeur,