

Bulletin d'inscription Assistant de Soins en Gérontologie



	Département 72	
PARTICIPANT (S)		
Nom :Prénom : .	Nom de naissance :	Adresse mail :
Nom :Prénom : .	Nom de naissance :	Adresse mail :
Nom :Prénom : .	Nom de naissance :	Adresse mail :
	Joindre une copie du di	plôme obtenu
ORGANISME EMPLOYEUR		
Personne responsable de l'inscription :	5.	
	Prenom :Fonction	:
		Tél :/_ /_ / Fax :/_ /_ /_ /
CALENDRIER DEPARTEMENTAL DE FO	RMATION : Cocher la case de la session désirée	
Dates de session	Interlocuteur	Bulletin d'inscription à retourner à :
O du 6 novembre 2023 au 14 mai 202	4 Mme BOUCHEREAU Aurélie	ifaslemans@ifso-asso.org
O		
Inscription à retourner au maine 15	ioura avent la début de la cassian, acua réca	rvo de places dispenibles
inscription a retourner au moins 15	jours avant le début de la session, sous réser	rve de places disponibles
catac	Bulletin d'inscr	rintion - S()
<u> </u>	Assistant de Soins en Gé	
Former pour mieux prendre soin	Assistant de 30ins en Ge Département xx	
PARTICIPANT (S)	Nom do naissanco :	Adresse mail :
		Adresse mail :
Nom :Prénom : .	Nom de naissance :	Adresse mail :
	Joindre une copie du di	plôme obtenu
ORGANISME EMPLOYEUR		
Personne responsable de l'inscription :	Dránom : Equation	
		:
		Tél : _ / _ / _ / Fax : _ / _ / _ /
E mail :		
CALENDRIER DEPARTEMENTAL DE FO	RMATION : Cocher la case de la session désirée	
Dates de session	Interlocuteur	Bulletin d'inscription à retourner à :
O xx		

xx C