

FICHE D'INSCRIPTION COLLECTIVE**ACTUALISATION DES COMPETENCES AS EN LIEN AVEC L'ARRETE DU 26 FEVRIER 2025****Nom de l'employeur et adresse :**

.....
.....

Personne à contacter si nécessaire :**Adresse mail :****N° de téléphone :****Durée de formation :** 3 Jours

- Dates de session :** **21,27,28 janvier 2026**
2,3,4 mars 2026
8,9,10 juin 2026
22,23,24 juin 2026

| Nom | | Prénom | Adresse mail |
|-----|--|--------|--------------|
| | | | |

L'employeur atteste que les agents inscrits à la formation sont détenteurs du Diplôme d'Aide-Soignant : OUI NON

Coût de la formation : 300€ par personne**Prise des repas au self du centre hospitalier :** OUI NON**Combien de personnes :****Date :****Signature et cachet de l'établissement*****Merci de remplir le formulaire à l'ordinateur afin d'éviter les fautes d'orthographe sur les noms.******C1-ENR-18- Fiche d'inscription formation******IFAS SUD GIRONDE -Place Saint-Michel – 33192 LA RÉOLE Cedex -***  ***ifas@ch-sudgironde.fr***  ***05-56-61-52-12***