

**FICHE D'INSCRIPTION COLLECTIVE
SECURISATION PRISE DE POSTE DES ASH SOINS**

Nom de l'employeur et adresse :

.....
.....

Personne à contacter si nécessaire :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Durée de formation : Module 1 = 2 jours / Module 2 = 1 jour

Dates de session : **Module 1 – 3 février 2026 & 17 mars 2026**

Module 2 – 28 avril 2026

Nom		Prénom	Adresse mail

Coût de la formation :

- **Module 1 : 400€**
- **Module 2 : 200€**

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.