

**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.**