



Coordonnées postale, téléphonique et courriel
Allée des tabacs – 47200 MARMANDE
TELEPHONE : 05.53.79.12.87 - TELECOPIE : 05.53.79.00.17.
COURRIEL : contact@adesformations.fr
Site : www.adesformations.fr

Fiche d'inscription

Assistant de soins en gériatrie

BENEFICIAIRE DE LA FORMATION

Nom et prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Téléphone : Fixe : _____

Portable : _____

Courriel : _____@_____

Né(e) le _____ à _____

Nationalité : _____

Reconnaissance Travailleur Handicapé : oui non

Si oui, catégorie : _____

EMPLOYEUR :

Nom et adresse de l'établissement : _____

Tél. : _____ Fax. : _____ e-mail : _____

Nom du Directeur – Directrice : _____

Fonction occupée au sein de l'établissement :

Type de contrat :

CDD CDI Autre (préciser) : _____

Date d'entrée dans l'établissement : _____

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Prise en charge par l'établissement oui non

Financement individuel oui non

Autre financement oui (*) non

(*) Si oui, précisez : _____

Diplômes permettant l'accès à la formation d'Assistant de soins en gérontologie

- DEAS (Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant)
- DEAMP (Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique)
- DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale)
- DEAES (Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social spécialité Accompagnement de la vie à domicile ou Spécialité Accompagnement de la vie en structure collective)

 **Fournir obligatoirement la copie du diplôme. Merci**

+ 1 photo d'identité

Fait à _____, le _____

Signature obligatoire :