

## BULLETIN D'INSCRIPTION AFGSU

A retourner obligatoirement à l'organisme de formation animant la formation choisie

**Attention :** pour qu'une formation soit prise en compte, il est impératif de remplir ce bulletin. Toutes les rubriques doivent être renseignées, Le bulletin doit être adressé pendant la période d'inscription à la formation spécifiée dans le programme.

CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN	CESU 74 – ANTENNE CONTAMINE SUR ARVE
558 ROUTE DE FINDROL, 74130 Contamine sur Arve 04 50 82 24 32 – 04 50 82 24 -83 sfaija@ch-alpes-leman.fr	558 ROUTE DE FINDROL, 74130 Contamine sur Arve 04 50 82 26 03 <a href="mailto:afgsu@ch-alpes-leman.fr">afgsu@ch-alpes-leman.fr</a>

### FORMATION AFGSU DEMANDEE



RECYCLAGE NIVEAU 1	RECYCLAGE NIVEAU 2	AFGSU NIVEAU 1	AFGSU NIVEAU 2
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prise en charge financière de la formation : Fonds propres  Employeur  OPCO  .....Autre :  .....

### INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA DELIVRANCE DU DIPLOME



Numéro de l'attestation de recyclage précédent	Numéro de diplôme AFGSU INITIAL	Date de la dernière formation AFGSU
N	N°	N°

### IDENTIFICATION DU STAGIAIRE (si prise en charge individuelle)

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Métier : .....  
 Service : .....  
 Adresse  : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone  : ..... Mail individuel (obligatoire) : ..... @ .....

 Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.   
 Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR (si prise en charge employeur)

Raison sociale : .....  
 Adresse  : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
 N° SIRET 14 chiffres : ..... N° TVA INTERCOMMUNAUTAIRE : .....  
 Nom prénom du signataire de la convention : ..... Fonction : .....  
 Nom prénom de la personne en charge du dossier : .....  
 Téléphone  : ..... Mail (obligatoire) : ..... @ .....  
 Employeur public  Employeur privé

• Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.   
 Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.

### IDENTIFICATION DU FINANCEUR (si prise en charge par l'employeur ou autre organisme)

Raison sociale : .....  
 Adresse  : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
 Personne à contacter : ..... Téléphone  : .....  
 Mail (obligatoire) : ..... @ ..... Code CHORUS : .....

Date	Cachet et signature de l'employeur le cas échéant
------	---