

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	Lieu de formation
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 afgsu@ch-alpes-leman.fr	Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller 498 route Dufresne Sommeiller 74250 La Tour

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 : Ville de naissance :
 Métier :
 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
------	---