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 êtres renseignées, Le bulletin doit être adressé pendant la période d'inscription à la formation spécifiée dans le programme.

FORMATON CONTINUE 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 sfaija@ch-alpes-leman.fr	Administration 558 ROUTE DE FINDROL, 74130 Contamine sur Arve 04 50 82 26 03 afgsu@ch-alpes-leman.fr	Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller 498 Rte Dufresne Sommeiller 74250 La Tour

FORMATION AFGSU DEMANDEE

RECYCLAGE NIVEAU 1	RECYCLAGE NIVEAU 2	AFGSU NIVEAU 1	AFGSU NIVEAU 2
○	○	○	○

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

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA DELIVRANCE DU DIPLÔME

Numéro de l'attestation de recyclage précèdent	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 : ...../...../..... Pays de naissance : .....Ville de naissance.....
Métier : .....
Adresse :.....Code postal I...I...I...I...I...I Ville : .....
Téléphone : I...I...I...I...I...I...I...I...I... 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 : I...I...I...I...I...I Ville : .....
N° SIRET 14 chiffres : I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I N° TVA INTERCOMMUNAUTAIRE :.....
Nom prénom du signataire de la convention : .....Fonction :.....
Nom prénom de la personne en charge du dossier : .....
Téléphone : I...I...I...I...I...I...I...I...I...I....Mail (obligatoire) : ..... @.....
Employeur public ○ Code CHORUS :..... 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 : I...I...I...I...I...I Ville : .....
Personne à contacter :.....Téléphone : I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...
Mail (obligatoire) : ..... @..... Code CHORUS :.....

Date	Cachet et signature de l'employeur le cas échéant