

**FORMATION : ACTUALISATION DES COMPETENCES AIDE-SOIGNANT**

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone (obligatoire) : .....

E-mail (obligatoire) : .....

Fonction du stagiaire : .....

Année d'obtention du Diplôme d'Etat Aide-soignant : ..... Nom de l'IFAS : .....

Service et adresse professionnelle : .....

Nom – Prénom du cadre : .....

E-mail du cadre : .....

**Tarif de la formation : 550 euros** (déjeuner non compris)

Date de session souhaitée (cf. site internet)

.....

**Mode de prise en charge**

Par l'employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l'employeur

Individuelle - Joindre une attestation d'autofinancement

***Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or sur présentation d'un titre de recette***

**Accessibilité** : demande particulière :  OUI  NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : [campusp.handicap@chu-dijon.fr](mailto:campusp.handicap@chu-dijon.fr)

Fait à ....., Le .....

Signature :

***Ce coupon est à retourner au moins un mois avant le début d'une session (passé ce délai, nous consulter) :***

- ***Par courrier :*** Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue  
A l'attention de Mme BREDILLET Laetitia - Secrétaire Formations Continues  
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny - 21079 Dijon CEDEX
- ***ou par mail :*** [campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr)