

# Bulletin d'inscription Assistant de soins en Gériatrie Annecy 2024

**Employeur: (pour envoi de la convention)**

Nom Etablissement : .....

Nom du Directeur de la structure ou Chef de Service (signataire de la convention)

.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. professionnel : ..... E-mail professionnel : .....

**Salarié(e):**

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tel : .....

Date et lieu de naissance:.....

Diplôme pré-requis  A.M.P  A.E.S  Aide-soignant

***Merci de joindre la copie du diplôme***

Poste occupé actuellement:.....

Semaines	Dates
1	Du 23/09 au 27/09/24
2	Du 14/10 au 18/10/24
3	Du 25/11 au 29/11/24
4	Du 16/12 au 20/12/24
<b>Coût pédagogique</b>	<b>1.890,00 €</b>

**Date limite des inscriptions : 15 juin 2024**