

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION
D'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE**
Session 2020 - Tarbes
Date limite de dépôt des dossiers :
20 janvier 2021

A renvoyer à l'Institut Saint Simon-ARSEAA de Tarbes

CANDIDAT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / /

à

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Mail :@.....

N° sécurité sociale : /

Nationalité :

(Si vous êtes étranger, copie certifiée conforme par la structure du titre vous autorisant à exercer une activité professionnelle)



Quelles personnes sont accueillies dans l'établissement où vous travaillez ?

.....
.....
.....
.....

Service ou groupe dans lequel vous êtes affecté(e) (caractéristiques spécifiques du public)

.....
.....
.....
.....
.....

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Adresse exacte de facturation :

Siège Social :

Ou

Etablissement Employeur :

Personne à contacter, chargée du dossier :

Code APE :

Code SIRET :

Code FINESS :

OPCA :

UNIFAF Uniformation OPCA PL- Formahp AGEFOS PME
 Autre :

Convention Collective.....

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- * Certificat ou contrat de travail attestant de la nature du poste occupé
- * Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- * Copie des diplômes
- * La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- * 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- * Copie du carnet de vaccination

Fait à, le

Signature du stagiaire

Cachet et signature de l'employeur

CADRE RESERVE AU CENTRE DE FORMATION :

SUIVI DU DOSSIER DU STAGIAIRE

- Certificat ou contrat de travail attestant de la nature du poste occupé
- Copie des diplômes
- La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- Copie du carnet de vaccination
- Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile

➤ N° Convention :

➤ Convention envoyée le :

➤ Convention retournée signée le :

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Attestation d'emploi (A compléter par l'employeur)

Je soussigné

Directeur ou Responsable de l'établissement :

.....

Adresse

.....

autorise Madame, Monsieur

à suivre la formation **d'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Formation en 140 heures, aux dates suivantes :

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| * 15 – 16 - 17 février 2021 | * 21 – 22 – 23 juin 2021 |
| * 15 – 16 mars 2021 | * 20 – 21 – 22 septembre 2021 |
| * 12 – 13 - 14 avril 2021 | * 25 – 26 octobre 2021 |
| * 17 – 18 mai 2021 | * 22 – 23 novembre 2021 |

Cette formation se déroulera dans le cadre :

(Cochez la case correspondante)

- D'un Contrat à Durée Indéterminée
 - D'un Contrat de Professionnalisation
- Durée de date à date :

Les bénéficiaires des contrats suivants ne pourront être inscrits que si l'employeur s'engage pour le cycle complet de formation

- D'un Contrat à Durée Déterminée
- Durée de date à date :

Si contrat aidé :

Type de contrat : (Précisez)

Durée de date à date :

- Renouvellement :
- dont la durée du travail hebdomadaire ou mensuelle s'élève àheures

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION A LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR :

Coût de la formation : 1 750 euros

- Plan de formation
- Autre (précisez).....

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de la prise en charge :

- de l'OPCA (en cas de CIF, Contrat de Professionnalisation...)
- et/ou de la DIRRECTE.

- Autorisation ferme (financement acquis)
- En attente de financement
Dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard 1 semaine avant l'entrée du stagiaire en formation

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser le montant :

.....

Dans ce cas précis, quel sera le mode de financement complémentaire :

..... Montant :

..... Montant :

La formation se fait-elle hors du temps de travail avec l'accord du salarié ?

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

Signature du stagiaire

Cachet et signature de l'employeur

**ENGAGEMENT DE L'ÉLÈVE
FINANCEMENT INDIVIDUEL**

A compléter par l'élève en cas de paiement total ou partiel

Je, soussigné.....
Adresse :
.....

m'engage à suivre et à financer la formation d'assistant de soins en gérontologie 2019 :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION A LA CHARGE DE L'ÉLÈVE

Montant :

Merci de préciser la ou les demandes de financement de formation effectuée(s)

- CIF
 Autres :

Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs (prise en charge OPCA, autres...)

En remplissant cette partie, vous vous engagez à fournir à l'Institut Saint-Simon tout document relatif à la prise en charge financière dès acceptation par les différents organismes tout au long de votre formation.

Information sur le paiement candidat individuel: le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnelle. Les paiements sont échelonnés par trimestre, dus au premier jour du trimestre. En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action aucune somme ne sera exigée. En cas d'abandon en cours de formation, les heures programmées sont facturables jusqu'à la date de réception de la notification écrite signifiant l'abandon (Lettre RAR).

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

**Bon pour accord
Signature du stagiaire**