

INSCRIPTION ET FINANCEMENT PAR UN ETABLISSEMENT

Nom Etablissement : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N°Siret (Obligatoire) : _____ Dossier Suivi Par : _____

Responsable : _____ Fonction : _____

① : Fixe _____ ① Portable : _____

Courriel : _____

Je soussigné (e) M _____ atteste que M _____

réunit **au moins 1 an de fonction ou équivalent temps plein** dans la fonction publique Hospitalière en qualité **d'Agent des Services Hospitaliers Qualifiés** ou **d'Agent de Service**.

a bien suivi la **formation continue de soixante-dix heures** relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et bénéficie d'une **ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein**.

L'établissement atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et déclare avoir pris connaissance des informations et obligations précisées dans la notice d'inscription.

Fait à _____ le _____ 2025

SIGNATURE

Nom et Prénom de l'agent

Direction de l'Etablissement
Nom et prénom du responsable
Cachet de l'Etablissement

INSCRIPTION ET FINANCEMENT A TITRE PERSONNEL

Financement personnel. (Joindre contrat de travail)

Je soussigné (e) M _____

atteste réunir **au moins 1 an de fonction ou équivalent temps plein** dans la fonction publique Hospitalière en qualité **d'Agent des Services Hospitaliers Qualifiés** ou **d'Agent de Service**.

atteste que j'ai bien suivi la **formation continue de soixante-dix heures** relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et bénéficie d'une **ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein**.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et déclare avoir pris connaissance des informations et obligations précisées dans la notice d'inscription.

Fait à _____ le _____ 2025

SIGNATURE

Nom et prénom de l'agent

FINANCEMENT PAR UN ORGANISME FINANCEUR

Nom de l'organisme financeur : _____

Date de commission : _____

Accord : oui non (joindre attestation)

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et déclare avoir pris connaissance des informations et obligations précisées dans la notice d'inscription.

SIGNATURE de l'agent

Fait à _____ le _____ 2025

PROFIL ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

FPC – AP - ASHQ

IDENTITE

Nom : _____ Nom d'épouse : _____

Prénom : _____ Age : _____ ans

Adresse Actuelle : Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

Et/ou

Autre Adresse* : Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

*Si vous faites le choix d'avoir une autre adresse pendant la durée de la formation

PARCOURS

Parcours complet

Parcours partiel (si titulaire d'un diplôme ci-dessous)

Année d'obtention : |__|__|__|__|__| obligatoire

BAC ASSP

TP Auxiliaire De Vies aux Familles

CC Ambulancier

DE D'Auxiliaire de Puériculture (2006)

DE D'Accompagnement Educatif et Social (2016)

(dont Mention Complémentaire A Domicile,

DE Aide-Médico-Psychologique, DE Auxiliaire Vie Sociale)

BAC SAPAT

DE D'Assistant de Régulation Médicale

TP d'Agent de Service Médico-Social

DE D'Auxiliaire de Puériculture (2021)

DE D'Accompagnement Educatif et Social (2021)

CAP AEPE

VAE

EMPLOYEUR ACTUEL

Nom de l'Etablissement : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES dans le domaine sanitaire et social

Année	Durée	Stage ou emploi	Etablissement/Ville	Service (s)
Exemple 2023	2 mois	Stage bac ASSP	Centre Hospitalier de Vichy	Pédiatrie

Si vous avez un ou plusieurs **membres de votre famille travaillant dans un Etablissement de santé**, veuillez impérativement en préciser le **LIEU et SERVICE** :

Un **Véhicule est indispensable** pour vous rendre sur les différents lieux de stage :

Etes-vous Titulaire du Permis de conduire : Oui Non

En cours - **Impérativement nous informer dès obtention.**

SIGNATURE