



IFPS LISIEUX
INSTITUT DE FORMATION
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

« ACTUALISATION DES COMPETENCES DES AIDES-SOIGNANTS »

☐ 08, 09 janvier et 28 avril 2026
(Clôture des inscriptions le 05 janvier 2026)

☐ 15, 16 janvier et 30 avril 2026
(Clôture des inscriptions le 10 janvier 2026)

☐ 15, 16 octobre et 05 novembre 2026
(Clôture des inscriptions le 09 octobre 2026)

EMPLOYEUR :

Dénomination sociale : _____

Représenté par : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Adresse de la structure : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Souhaite réserver une place pour la formation « **ACTUALISATION DES COMPETENCES DES AIDES-SOIGNANTS** » pour le participant désigné ci-dessous :

PARTICIPANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Service d'affectation / Unité fonctionnelle : _____

Année d'obtention du DEAS : _____

Attentes et besoins spécifiques : _____

A NOTER :

*Il est important de noter que la transmission de ce formulaire d'inscription au secrétariat de l'IFPS vaut pour **acceptation des conditions générales et financières de la formation, décrites dans la plaquette jointe à ce formulaire.***

Une convention de Formation Professionnelle Continue sera établie entre l'employeur et l'IFPS et transmise à l'employeur pour signature. La réception de la convention de formation signée par le secrétariat de l'IFPS valide l'inscription définitive du participant à l'action de formation prévue.

*Il doit être établi un formulaire d'inscription pour chaque candidat à la formation **ACTUALISATION DES COMPETENCES DES AIDES-SOIGNANTS.***

Pour rappel, en cas d'absence à l'une des dates de la formation, il ne pourra pas être délivré d'attestation de formation.

Le nombre de places de formation étant limité à 12 par session, l'IFPS se réserve la possibilité de refuser des demandes pour l'année en cours, il vous sera alors proposé une date pour une session ultérieure.

Le participant peut se munir d'un smartphone connecté à Internet (s'il en est équipé) pour la formation.

Employeur :

Date et Signature du représentant de l'établissement,
précédées de la mention « *Bon pour accord* »

Participant :

Date et Signature du participant,
précédées de la mention « *Bon pour accord* »