



Campus Formation santé

FICHE D'INSCRIPTION VAE

Nom :

Nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail :

SITUATION PROFESSIONNELLE

(Cochez la case correspondante à votre situation)

En activité (salarié) :

Demandeur d'emploi :

Emploi occupé actuellement :

Nom de l'employeur :

Adresse complète de l'employeur :

.....

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

Dates (du....au....)	Durée	Emploi	Structure (crèche, EHPAD, soins dom...)	Adresse de la Structure

En quelques lignes, pouvez-vous décrire vos activités dans l'emploi que vous occupez actuellement ou dernier emploi occupé :

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

MODULE D'ACCOMPAGNEMENT

Pour votre accompagnement, nous vous proposons plusieurs formules (*voir la plaquette d'information pour les modalités pédagogiques, organisation et tarifs.....*)

Cochez la case correspondante à votre choix

Classique (21h)

Renforcé (de 30h à 40h)

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

A titre individuel :

Avec votre CPF (compte personnel de formation)

Au titre de la formation continue (*employeur*)

Chéquier VAE :

Coordonnées de la personne ou de l'établissement où seront envoyés devis factures et conventions :

.....
.....

INSCRIPTION

Merci de transmettre cette fiche d'inscription :

- **Soit par courrier :** I.F.S.I Paris Saint-Joseph - 185 Rue Raymond Losserand - 75674 PARIS CEDEX 14
- **Soit par mail :** sifsi@ghpsj.fr

Date :

Date :

Signature et cachet de l'employeur

Signature du Stagiaire