

Bulletin d'inscription

FORMATION de COORDINATEUR

Dans les établissements et services sociaux & médico-sociaux, les services d'aide à domicile et les services à la personne agréés qualité

**A retourner par voie postale avant le 29 février 2012,
accompagné des pièces jointes, à :**

ISSM – Service de Formation Continue
4 rue Schlumberger – BP 73-196
68064 MULHOUSE CEDEX
Tél. 03 89 33 20 03 – Fax : 03 89 59 59 98
E-mail : p.richarme@issm.asso.fr



Déclaration d'existence : 42680017768

ETAT CIVILNom et prénom : Mme Mlle M.

Nom de jeune fille :

Date de naissance

Adresse.....

Code postal : Commune :

N° téléphone personnel : Portable :

N° téléphone professionnel :

Courriel :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Fonction exercée :

Employeur :

Siège social :Nom du directeur : Mme Mlle M.

Adresse :

Code postal : Commune :

N° téléphone : N° fax :

Courriel :

Lieu d'exercice professionnel (si différent) :Nom du directeur : Mme Mlle M.

Dénomination de l'établissement :

Adresse.....

Code postal : Commune :

N° téléphone : N° fax :

Courriel :

PRINCIPAUX DIPLOMES SCOLAIRES, PROFESSIONNELS, UNIVERSITAIRES

Date d'obtention	Intitulé du diplôme	Lieu de formation

PRINCIPALES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Date de début	Durée	Fonction	Employeur

MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE

- Organisme employeur
.....
 Congé Individuel de Formation (UNIFAF, AGEFOS, UNIFORMATION, etc)
 A titre personnel
 Autre, précisez.....

SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION (OPCA OU EMPLOYEUR)

Mme Mlle M.

Nom et fonction du signataire :

Dénomination de l'établissement

N° téléphone : N° fax :

Courriel :

Positionnement pour le module complémentaire

Coût du module : 350 €

Oui

non

Fait à Le

Le Directeur
Signature et cachet

Le Stagiaire
Signature