

# 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 21 janvier 2019**

***Accompagné d'une lettre de motivation***

à :

ISSM – Service de Formation Continue  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

## Etat civil

Mme  Mlle  M.

Nom et prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance .....

Adresse.....

Code postal : ..... Commune :

N° téléphone personnel : ..... Portable :

N° téléphone professionnel :

Courriel :

Photo

## 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 diplômes scolaires, professionnels, universitaires

Date d'obtention	Intitulé du diplôme	Lieu de formation

## Principales expériences professionnelles

Date de début	Durée	Fonction	Employeur

## Mode de financement envisagé

- Organisme employeur : à préciser (UNIFAF, AGEFOS, UNIFORMATION, etc...)  
.....  
 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

Oui

non

Fait à ..... Le .....

Le Directeur  
Signature et cachet

Le Stagiaire  
Signature