

#### IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

M  Mme  Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Lieu de Naissance (Ville – Pays) : \_\_\_\_\_

Adresse Personnelle : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. mobile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. personnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### SITUATION PROFESSIONNELLE

Adresse Employeur : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Responsable de l'établissement : M  Mme  - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Courriel Etablissement : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Cadre de santé ou Chef de service : M  Mme  - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Quel poste occupez-vous ? \_\_\_\_\_

#### SITUATION PERSONNELLE

Etes-vous diplômé(e) : Aide-soignante  Aide Médico-Psychologique

Etes-vous reconnu Travailleur Handicapé par la MDPH ?  OUI -  NON

N.B. : Après réception de cette fiche d'inscription, l'ADEA vous adressera une convention de formation professionnelle confirmant ainsi la participation de votre salarié(e).

Cachet employeur :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature Employeur :

**Document à retourner à Marianne MONNET :**

ADEA - 12 rue du Peloux - 01000 BOURG EN BRESSE

Mail : marianne.monnet@adea-formation.com / Télécopie : 04 74 21 97 19