



## FICHE D'INSCRIPTION

Etablissement : .....

Adresse : .....  
.....

Nom : ..... Prénom : .....

Statut : ..... Service : .....

Téléphone : ...../...../..... Email : .....@.....

Souhaite participer à la session de formation:

### **Encadrement des stagiaires Aides-Soignants**

Organisme formateur : **IFAS – CHJB ST-YRIEIX-LA-PERCHE**

Date : ...../...../.....

Signature du candidat

Signature du responsable et  
cachet de l'établissement

A retourner avant la date limite d'inscription à :  
**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**  
**Centre Hospitalier Jacques Boutard**  
**60 Place de la Nation**  
**87500 ST-YRIEIX-LA-PERCHE**

**Téléphone : 05.55.75.75.82**

**mail : [ecole.as@ch-st-yrieix.fr](mailto:ecole.as@ch-st-yrieix.fr)**