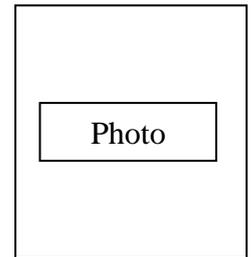


	Institut de formation d'aides-soignants Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres 2 rue de l'Abreuvoir - BP 60184 79103 THOUARS cedex Tél : 05 49 66 47 70 Mail : ifsi@chns.fr N° SIRET : 26790121300012 N° Déclaration : 5479P000779	FICHE D'INSCRIPTION Actualisation des compétences des aides-soignants	PR6 - Former des professionnels en formation continue
		Année 2025	T7N5-13-3-1 Version SM/BG/CC du 18/08/2025

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Civilité : M. Mme
 Nom de famille :
 Prénom :
 Nom d'usage :
 Autre(s) prénom(s) :



Date de naissance : Lieu de naissance : Département de naissance :
 Nationalité :
 Situation familiale : célibataire marié(e) PACS concubinage
 divorcé(e) séparé(e) veuf(ve)

N° Sécurité Sociale : Type : CPAM MSA autre :

Adresse personnelle :
 CP-VILLE :
 N° Tél portable :
 Email :

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Année de l'obtention de votre diplôme d'état d'aide-soignant(e) :
 PRISE EN CHARGE EN PROMOTION PROFESSIONNELLE : établissement Privé ou Public
 Etablissement employeur :
 Nom, prénom, fonction du signataire de la convention :
 Adresse complète de l'employeur :
 Contact administratif :
 Téléphone :
 Mail :
 Présence d'une situation de handicap :
 RQTH (Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé) Autre
 (Le cas échéant, voir la demande d'aménagement de la formation sur le document INFORMATIONS)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des informations inscrites sur cette fiche de renseignement.
 Fait à le :
Signature du stagiaire:
 précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet et Signature de l'employeur:
 précédée de la mention « lu et approuvé »

Merci de joindre une photo d'identité, ainsi que votre copie de la carte d'identité à cette fiche complétée et de la retourner avant le 14 octobre 2025 à l'IFAS du CHNDS par mail ou courrier.

IFAS du CHNDS
 Service formation continue
 2 rue de l'abreuvoir – BP 60184
 79100 Thouars cedex
 Mail : ifsi@chns.fr