

**Formulaire D'inscription à la formation certifiante de personne de référence à la démence en maison de repos et de soins.**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Adresse .....

Téléphone .....

Email Personnel.....

Diplômes :

- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation
- graduat ou baccalauréat en diététique;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité;
- licence ou master en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés;
- graduat ou baccalauréat d'assistant social et assimilés;
- licence ou master en gérontologie;
- graduat ou baccalauréat d'éducateur.
- graduat ou baccalauréat ou brevet en soins infirmiers.

Autres à préciser.....

**Coordonnées professionnelles**

Institution .....Statut juridique .....

Fonction.....

Adresse .....

Téléphone .....

E mail professionnel .....

Direction .....e mail .....

Téléphone .....

**Coordonnées de facturation**

- Privée
- Professionnel
- Autre : A préciser .....

.....

**Paiement :**

**Coût : 950 € lunch compris**

- Je demande les attestations donnant accès aux congés éducation payés.

Votre inscription sera définitivement validée après paiement de la facture transmise lors de votre inscription

L'inscription vaut engagement, l'annulation moins de 30 jours ouvrables avant la 1<sup>ère</sup> date de formation , entraînera le paiement de frais administratif de 250 €.

***Lu et approuvé***

***Nom Prénom***

***Signature***