

### Calendrier Accompagnement

Mardi 13 février 2018 : 9h-12h – 13h-16h

Mardi 20 février 2018 : 9h-12h

Mardi 6 mars 2018 : 9h-12h

Mardi 13 mars 2018 : 9h-12h

Mardi 17 avril 2018 : 9h-12h

Mardi 15 mai 2018 : 9h-12h – 13h-16h

Dépôt du livret 2 : 16/06/2018

Jury VAE : 01/10/2018 au 9/10/2018

Photo  
obligatoire

### ““ Etat civil

Madame       Monsieur

Nom d'usage (épouse) : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Age : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : Pays : ..... Ville (et département) : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : .....

Cochez le diplôme obtenu :

- DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale)
- AVF (Titre Professionnel d'Assistant(e) de Vie aux familles)
- DEAP (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture)
- DEAMP (Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique)
- DEA (Diplôme d'Etat d'Ambulancier)
- Autre
- Aucun

### ““ Mode de financement envisagé

Cochez la case correspondante

- Employeur       CIF / Précisez l'organisme : .....
- Pôle Emploi       Autre / Précisez : .....
- Individuel

### ““ Contenu du dossier d'inscription

- Le bulletin d'inscription avec une photo collée
- L'attestation de prise en charge complétée et signée
- Photocopie recto/verso de la carte d'identité ou de séjour ou du passeport en cours de validité
- Photocopie de l'avis de recevabilité

A .....

Le .....

Signature

Document à retourner au Pôle Formation Santé :

Pôle Formation Santé - Site GREENOPOLIS – 16 rue Berjon 69009 LYON  
Tél. : 04 37 46 18 47 - Fax : 04 78 89 67 25 - [www.poleformation-sante.fr](http://www.poleformation-sante.fr)



## Attestation de prise en charge des frais de la formation

### Accompagnement 24h

- Employeur : 1 574.88 €
- Individuel : 1080 €
- Région / Pôle Emploi : 1080 €

### Le stagiaire

- Madame       Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

<b>Attestation de prise en charge Pôle Emploi</b>	Etablissement : ..... Adresse : ..... Code Postal : _____ Ville : ..... Téléphone : _____  A ..... Le ..... Signature et cachet
<b>Attestation de prise en charge employeur</b>	Etablissement : ..... Adresse : ..... Code Postal : _____ Ville : ..... Téléphone : _____  Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... m'engage par la présente à prendre en charge les frais de cette formation, d'un montant de .....  <input type="checkbox"/> Paiement direct par l'entreprise <input type="checkbox"/> Subrogation par OPCA Précisez l'OPCA : .....  <i>Pour toute prise en charge totale ou partielle par un organisme financeur, nous faire parvenir son contrat de prestation de service. Le montant non pris en charge sera réglé par le signataire de la présente offre.</i>  A ..... Le ..... Signature et cachet
<b>Attestation de prise en charge individuelle</b>	Je soussigné(e) ..... m'engage par la présente à prendre en charge les frais de cette formation, d'un montant de .....  A ..... Le ..... Signature