



Secteur formation
Médico-social

Bulletin d'inscription

Approfondissement 20 heures

Merci de remplir ce formulaire en caractère d'imprimerie

| Cordonnées de la personne en formation | |
|--|-----------------------------------|
| Madame <input type="checkbox"/> | Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Prénom | Nom |
| | |
| Adresse | |
| | |
| NPA et Localité | |
| | |
| Tél. portable | Tél. professionnel |
| | |
| Courriel | Date de naissance |
| | |
| Titre/fonction | |
| | |

| Cordonnées de l'employeur | |
|-----------------------------------|--|
| Nom de l'établissement | |
| | |
| Adresse | |
| | |
| NPA et Localité | |
| | |
| Responsable de la personne formée | |
| | |
| Titre/fonction : | |
| | |
| Tél. professionnel | |
| | |
| Courriel | |
| | |



**Conditions de participation et conditions générales**

Vous devez être en possession d'un certificat d'auxiliaire de santé.

Les conditions générales sont à disposition sur notre site internet.

| Lieu | Date | Signature |
|------|------|-----------|
| | | |

Délai d'inscription

Votre inscription est prise en considération jusqu'à 30 jours avant le premier jour de formation.

Envoi à formation@croixrougevaudoise.ch