

**Stage : Assistant.e de Soins en Gériatrie**

**Date (s) : 20 journées à partir du 12 Septembre 2024—voir planning**

### Coordonnées employeur

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

Responsable : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du stagiaire (ou des stagiaires) :

Stagiaire N°1 (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Stagiaire N°2 (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Stagiaire N°3 (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Stagiaire N°4 (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Stagiaire N°5 (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Lieu : 30, rue de la République—Cenon

Parking gratuit—A 100 mètres de la Station de Tram : Rocher de Palmer

2 mn de la sortie 26 de la Rocade de Bordeaux

Coût du cursus : 1690€ TTC/stagiaire

Quel mode de facturation préférez-vous ? Cochez :

- Facture à adresser à votre structure, avec paiement à réception ?

- Facture à adresser à votre OPCO ?

Dans ce cas, nous adresser la copie de votre demande de prise en charge SVP

Merci de nous retourner ce bulletin signé,

A réception, nous vous retournerons la Convention de formation.

A l'issue de la formation, nous vous adresserons une facture, et une attestation de formation nominative.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature :