

**FORMATION**

- Surveillant(e) de Nuit
- Maître(sse) de Maison

**FICHE D'INSCRIPTION**

NOM d'usage: .....

NOM de Jeune Fille : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu de Naissance : ..... Dpt / Pays : .....

Adresse : .....

.....

Personnel ..... Portable .....

Adresse email .....

**Pour une entrée en formation**

**Du 17/03/2025 au 26/11/2025**

**Fin des inscriptions 13 Décembre 2024**

Bilan de positionnement (obligatoire) : Mensuel de Septembre à Décembre 2024

Nom et adresse du lieu d'emploi : .....

.....

.....

Code Postal ..... Ville .....

**N SIRET:** ..... **N° URSAE:** .....

**N° IDCC:** .....

**A retourner, accompagné de l'attestation de l'employeur concernant la prise en charge financière de la formation, à :**

**HETIS**

**Département des Métiers de Proximité**

**6 Rue Chanoine Rance Bourrey – 06105 Nice Cedex 2**

**Tél : 04 92 07 77 96 Email : chrystel.ginesy@hetis.fr**

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), (NOM et PRENOM) .....

Fonction : .....

Déclare avoir pris connaissance de la candidature de :

**Mme – Mlle – Mr** .....

**Exerçant la fonction de** : .....

**(Précisez)** : .....

dans mon établissement **depuis le** : .....

### Mode de financement envisagé pour la formation

Budget de l'employeur

Opcos Santé

Adresse complète de l'Organisme de financement : .....

.....

N° tél : .....

**Si financement partiel par un organisme Tiers, l'employeur s'engage à prendre en charge la différence entre le montant de la formation et le règlement de l'organisme de financement.**

### Lieu de formation :

*Entourer le centre de formation choisi*

\* HÉTIS Nice

\* IMFRIS Marseille

\* IMFRIS Avignon

\* IRTS PACA et CORSE Marseille

**Exemplaire destiné au service comptable**



## Facturation de la formation

*La totalité de la facture est à la charge de l'employeur sous réserve de demande de prise en charge par un organisme collecteur.*

**La prise en charge a-t-elle été demandée à l'OPCO ?**

OUI                                       NON

**Transmission de la facture à :**

- Organisme de financement
- Employeur
- Autres

Adresse à préciser : .....

.....

**Transmission des documents de suivi du/de la stagiaire à :**

**Nom** du / de la **réfèrent**(e) du suivi de formation du / de la stagiaire dans la structure employeur :

.....

**Adresse(s) Email / Téléphone** pour envoi des feuilles d'émargement :

.....

.....

Observations éventuelles : .....

.....

**Cachet / signature de l'établissement**

**Fait à :** ..... , le .....