

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

SEPTEMBRE 2025

Fin des inscriptions 16 MAI 2025

Bilan de positionnement (obligatoire) : En fonction de la réception des dossiers complets

Nom et adresse du lieu d'emploi :

.....

.....

Code Postal **Ville**

N SIRET : **N° URSSAF**:

N° IDCC :

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

HÉTIS

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

OPCO 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

* HETIS Nice

* IMFRIS Marseille

* IMFRIS Avignon

* IRTS PACA et CORSE Marseille



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