



GROUPE HOSPITALIER
Sophia Antipolis - Vallée du Var
CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS



Dossier suivi par Mme Fabienne ASTIER PIGNON

Institut de Formation d'Aide- Soignant

Email : secretariat.ifas@ch-antibes.fr

☎ 04 97 24 75 11

Hôpital d'Antibes

107 Avenue de Nice 06600 ANTIBES

www.ch-antibes.fr

ACTUALISATION DES COMPETENCES AIDES SOIGNANTES

Dossier d'inscription

SESSION 2027

INFORMATIONS GENERALES

➤ **Inscription** : A partir des services formation de votre établissement.
Fiche disponible à partir de janvier 2027

➤ **Coût de la formation** : 455 €

Dates de la session 2027 (Elles sont déterminées mensuellement en fonction des disponibilités)

Sur demande à secretariat.ias@ch-antibes.fr



GROUPE HOSPITALIER
Sophia Antipolis - Vallée du Var
CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

☐ Féminin

☐ Masculin

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone fixe : __ __ __ __ __

Portable : __ __ __ __ __

Adresse email : _____@

Diplôme(s) obtenu(s) et année d'obtention : (**en ce qui concerne le baccalauréat** marquer **la série concernée**).

Diplômes obtenus	Série concernée	Année d'obtention

Votre situation actuelle :

Coordonnées de l'établissement employeur :

Nom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Nom, prénom du directeur de l'établissement :

.....

Qualification/Métier que vous exercez :

Service d'affectation (s'il y a lieu) :

Coordonnées du cadre de santé responsable de votre service :

.....

..... Tel :

Dates : - début du contrat :

- date de fin de contrat :

Financement

- ☐ Je finance moi-même ma formation soit 455 € pour les 3 jours
- ☐ Le coût de la formation est pris en charge par mon employeur

Personne à contacter :

Service :

N° de tél. :

Signature approuvant la prise en charge financière :

Une convention sera ensuite rédigée avec vous ou bien l'établissement financeur.