

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Mon financement sera assuré :

### SI VOUS ETES SALARIE(E)

- En CDI, préciser le nombre d'heures mensuel de travail : \_\_\_\_\_
- En CDD, préciser le nombre d'heures mensuel de travail : \_\_\_\_\_
- Avec un financement employeur  
Indiquer le nom et les coordonnées de votre employeur :  
.....  
.....
- Sans financement employeur

### SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI

*Fournir un justificatif d'inscription en tant que demandeur d'emploi.  
(Pièce à transmettre au plus tard le jour de la rentrée)*

- N° identifiant : .....
- Région d'inscription : .....
- Etes vous indemnisé(e) ? Oui  Non

**Attention, si vous vous inscrivez ultérieurement au Pôle Emploi merci d'en informer l'Institut et de transmettre les informations ci-dessus**

### AUTRES

- Financement personnel
- Recherche de financement en cours (bourses, autres organismes...)
- Pas de recherche de financement

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Tarif applicables à la formation d'aide-soignant

Formation partielle par module (cursus VAE)

Modules	Tarif
Module 1 : L'accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne	1048 €
Module 2 : L'Etat clinique d'une personne	524 €
Module 3 : Les Soins	1310 €
Module 4 : l'ergonomie	262 €
Module 5 : Relation-Communication	524 €
Module 6 : L'Hygiène des locaux hospitaliers	262 €
Module 7 : La transmission des informations	262 €
Module 8 : L'organisation du travail	262 €

Je soussigné(e), M \_\_\_\_\_, certifie avoir pris connaissance du tarif de ma formation (cf verso) conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant dans le cadre de la VAE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature