



**ÉCOLE  
SUPÉRIEURE  
DE PRAXIS  
SOCIALE**

4, rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE  
03 89 33 20 00

# Bulletin d'inscription

## **FORMATION de COORDINATEUR**

Dans les établissements et services sociaux & médico-sociaux, les services d'aide à domicile et les services à la personne agréés qualité

**A retourner par voie postale avant le 11 janvier 2021**

***Accompagné d'une lettre de motivation***

**à :**

Ecole Supérieure de Praxis Sociale  
Service de Formation Continue  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

## Etat civil

Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Photo
Nom et prénom : .....	
Nom de jeune fille : .....	
Date de naissance .....	
Adresse.....	
Code postal : ..... Commune :	
N° téléphone personnel : .....Portable :	
N° téléphone professionnel :	
Courriel :	

## Situation professionnelle actuelle

Fonction exercée : .....
Employeur : .....
<b>Siège social :</b>
Nom du directeur : Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Commune : .....
N° téléphone : ..... N° fax : .....
Courriel : .....
<b>Lieu d'exercice professionnel (si différent) :</b>
Nom du directeur : Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> .....
Dénomination de l'établissement : .....
Adresse.....
Code postal : ..... Commune : .....
N° téléphone : ..... N° fax : .....
Courriel : .....

## Principaux diplômes scolaires, professionnels, universitaires

Date d'obtention	Intitulé du diplôme	Lieu de formation

## Principales expériences professionnelles

Date de début	Durée	Fonction	Employeur

## Mode de financement envisagé

- Organisme employeur : à préciser (OPCO, AGEFOS, UNIFORMATION, etc...)  
.....
- CPF de Transition Professionnelle (OPCO, AGEFOS, UNIFORMATION, etc...)
- A titre personnel
- Autre, précisez.....

## Signataire de la convention de formation (OPCO ou EMPLOYEUR)

Mme  Mlle  M.

Nom et fonction du signataire : .....

Dénomination de l'établissement .....

N° téléphone : ..... N° fax :

Courriel : .....

Fait à ..... Le .....

Le Directeur  
Signature et cachet

Le Stagiaire  
Signature