



Institut de Formation
en Soins Infirmiers
Annecy

☎ : 04 50 63 62 55

Fax : 04 50 63 62 50

Em@il : ifsi.accueil@ch-annecygenevois.fr

ENGAGEMENT FINANCIER

Je soussigné(e),

NOM, PRENOM :

ADRESSE :

.....

certifie m'engager à régler le montant de la formation aide-soignante pour laquelle j'ai été retenu(e), soit la somme totale de 4 600,00 euros.

☞ **Le règlement s'effectuera auprès du Trésor Public du Centre Hospitalier Annecy Genevois après réception d'un avis de somme à payer.**

Merci de cocher la case correspondante à votre paiement :

Par moi-même ou par un tiers (compléter le formulaire « engagement caution » ci-après)

Par un organisme (compléter le formulaire « engagement caution » ci-après)

Demande faite auprès de (A préciser) :

REGION AUVERGNE RHONE ALPES

Faites votre demande dès aujourd'hui à l'adresse internet suivante :

www.aidesfss.rhonealpes.fr

Vous aurez besoin de notre code établissement : ANNO17

AUTRE (.....)

Par mon employeur (dans ce cas, faire compléter le formulaire "engagement employeur »)

**TOUT DEFAUT DE PAIEMENT PEUT ENTRAINER
UNE SUSPENSION OU UNE EXCLUSION DE LA FORMATION**

Date :/...../.....

Signature :



Institut de Formation
en Soins Infirmiers

☎ 04 50 63 62 55

Fax : 04 50 63 62 50

Em@il : ifsi.accueil@ch-annecygenevois.fr

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



ENGAGEMENT CAUTION

NOM, PRENOM :

ADRESSE :

.....

certifie me porter caution solidaire en cas de défaillance et m'engage à régler le montant de la formation aide-soignante, soit la somme totale de 4 600,00 euros

Pour laquelle Madame, Monsieur (nom de l'élève) a été retenu(e)

.....

**TOUT DEFAUT DE PAIEMENT PEUT ENTRAINER
UNE SUSPENSION OU UNE EXCLUSION DE LA FORMATION**

Date :/...../.....

Signature :