



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 CURSUS ALLEGE (Ambulancier)

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 3 658,00 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.auvergnerhonealpes.fr](http://www.aidesfss.auvergnerhonealpes.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  
**Annecy**

La Région  
Auvergne-Rhône-Alpes



☎ : 04 50 63 62 55  
Fax : 04 50 63 62 50

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

## ENGAGEMENT CAUTION CURSUS ALLEGE (Ambulancier)

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 3 658,00 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 :