



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 (Bac Professionnel ASSP<sup>1</sup> - DEAP<sup>2</sup> - DEAVS<sup>3</sup> - MCAD<sup>4</sup>)

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 **2 993,00 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.auvergnerrhonealpes.fr](http://www.aidesfss.auvergnerrhonealpes.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 :

<sup>1</sup> Accompagnement soins et services à la personne

<sup>2</sup> Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture

<sup>3</sup> Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

<sup>4</sup> Mention complémentaire aide à domicile



Institut de Formation  
en Soins Infirmiers

**Annecy**

Téléphone : 04 50 63 62 55

Fax : 04 50 63 62 50

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

## ENGAGEMENT CAUTION (Bac Professionnel ASSP<sup>1</sup> - DEAP<sup>2</sup> - DEAVS<sup>3</sup> - MCAD<sup>4</sup>)

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 2 993,00 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 :

<sup>1</sup> Accompagnement soins et services à la personne

<sup>2</sup> Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture

<sup>3</sup> Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

<sup>4</sup> Mention complémentaire aide à domicile