

Formation modulaire à destination des ASH et des demandeurs d'emploi pour participer aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée

PUBLIC CONCERNE

Agents de service hospitalier exerçant en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé, en poste depuis au moins 3 mois, identifiés par les directions d'établissements ou des structures employeurs.

Profil requis : démontrer des aptitudes et avoir préférentiellement une expérience personnelle et/ou professionnelle ou de stage d'au moins 3 mois, qui permet de préjuger des aptitudes nécessaires aux métiers d'aide à la personne (attention, écoute et empathie, collaboration et travail en équipe, capacités à communiquer et à intégrer des groupes, sens de l'intérêt

MOYENS PÉDAGOGIQUES :

- Apports théoriques
- Exercices pratiques
- Mannequin de simulation

OBJECTIFS

Acquérir les connaissances théoriques et pratiques indispensables afin :

- De contribuer aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée sous la supervision d'un aide-soignant
- D'aider une personne âgée dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie
- De réaliser des soins en utilisant des techniques appropriées.

Public concerné	Lieu	Durée	Intervenants Professionnels de santé	Coût	Dates
ASH	Hôpital Privé de la Baie	70 h (10 journées de 7 h)	Formateurs et professionnels de santé	1 000 €	7,8,14,17,18 et 28 mars 4,5,8 avril 2022 Journée retour d'expérience 7 juin 2022

CONTACT

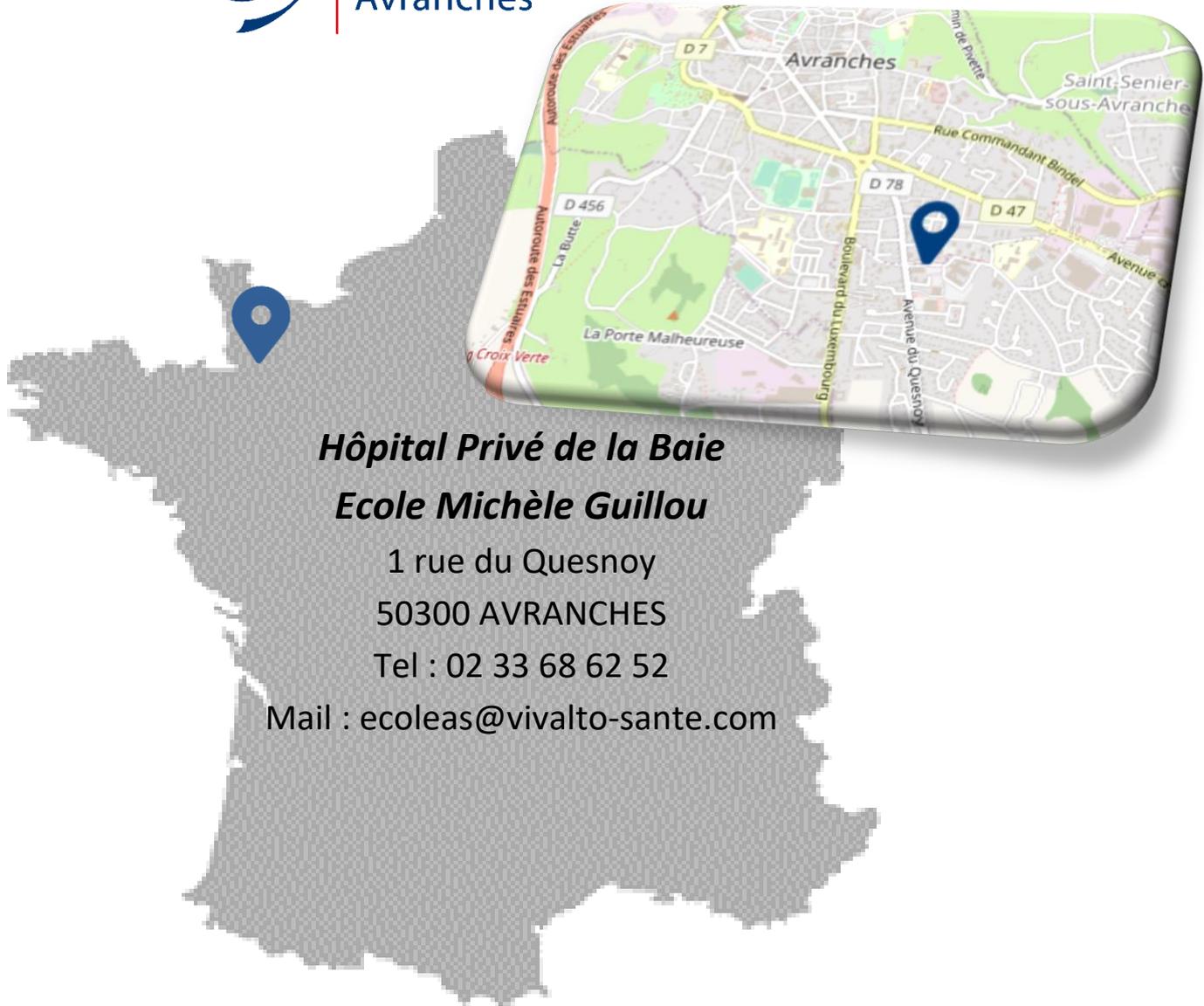
 ecoleas@vivalto-sante.com  02 33 68 62 52

 Hôpital Privé de la Baie – Ecole Michèle Guillou – 1 av. du Quesnoy – 50300 AVRANCHES



Hôpital Privé de la Baie

Avranches



Hôpital Privé de la Baie Ecole Michèle Guillou

1 rue du Quesnoy

50300 AVRANCHES

Tel : 02 33 68 62 52

Mail : ecoleas@vivalto-sante.com





BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner par courrier ou par mail avant le 1^{er} mars 2022

Hôpital Privé de la Baie

IFAS

1 av. du Quesnoy

50300 AVRANCHES

Tel : 02 33 68 62 52 Mail : ecoleas@vivalto-sante.com

Inscription convention de formation

Inscription convention de formation professionnelle *

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Responsable de formation :

Téléphone : Fax :

Mobile : Email :

Coordonnées de participants :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

Fait le : à :

Signature et cachet de l'établissement :

** l'IFAS se réserve le droit d'annuler la session en fonction du nombre de participants*

