



Bulletin d'inscription



A nous retourner au plus tard 1 mois avant le début de la formation

Formation collective

Formation sur site

Intitulé de la formation

Date(s) de la formation

NOM et adresse de l'association gestionnaire

NOM

Adresse

Mail

N° ICOM

Effectif ETP

Pour formation sur site, si le lieu d'accueil est différent de l'adresse de l'association gestionnaire

Lieu

Adresse

Je soussigné,....., agissant en qualité de,
demande l'inscription du(des) stagiaire(s) désigné(s) à la page suivante.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et les accepte.

Fait à

Le

Signature et tampon



Bulletin d'inscription



A nous retourner au plus tard 1 mois avant le début de la formation

Liste des participants

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation

NOM & Prénom Fonction

Téléphone Mail

Reconnaissance MDPH validée ou en cours de validation