

VOUS SOUHAITEZ PARTICIPEZ A UNE FORMATION CONTINUE ?

FICHE D'INSCRIPTION

A retourner impérativement avant les dates limites d'inscription

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Email : Tel :

Numéro de sécu :

Fonction dans l'association :

Numéro de licence :

ASSOCIATION EMPLOYEUSE

Nom de la structure :

Adresse du siège :

Numéro d'affiliation :

Nom et prénom du responsable :

Fonction :

Email : Tel :

N° SIRET : OPCO : N° Adhérent OPCO :

INTITULE DU STAGE	DATE	LIEU	COVOITURAGE
			Acceptez-vous que l'on communique vos contacts aux autres participants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON