**BULLETIN D’INSCRIPTION**

INTITUTLE DE LA FORMATION …………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATE DE DEBUT …………………………………….. DATE DE FIN …………………………………………..

CODE FORMATION ………………………………… LIEU………………………………………………………..

STAGIAIRE

NOM ……………………………………………………………………… PRENOM …………………………………………………..

FONCTION ………………………………………………………………

ADRESSE PERSONNELLE ………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone ……………………………………………………………

E.mail ………………………………………………………………….

Personne en situation de handicap oui non

Personne nécessitant un aménagement de la formation oui non

ETABLISSEMENT DE FONCTION

DENOMINATION ………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE …………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone …………………………………………………………

E.mail ………………………………………………………………..

NOM DU DIRECTEUR(TRICE) …………………………………………………………………………………………………………….

NOM DU RESPONSABLE DE LA FORMATION ………………………………………………………………………………