

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au contact mentionné sur la fiche

Identité

Mme Melle M.

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____

Adresse personnelle :

E-Mail :

Téléphone: _____

Fax : _____

Profession : _____ Téléphone professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

Etat physique général

Handicapé en fauteuil roulant :

Handicapé physique debout :

Déficient visuel :

Déficient auditif :

Valide :

 **Intitulé de la formation :** _____

Dates de la formation choisie : _____

Financement de la formation

Etablissement privé :

Etablissement collecteur :

Individuel :

Etablissement public (formation des agents, ASSEDIC., Conseils Départementaux, etc.) :

Fait à : _____ Le : _____

Signature du stagiaire :