

BULLETIN D'INSCRIPTION

INTITULÉ FORMATION :

Identité stagiaire	Prise en charge par l'employeur
Nom :	Organisme employeur :
Prénom :
Fonction :	Établissement d'exercice :
Adresse :
.....	Nom du directeur :
Code Postal :	Adresse convention / facturation
Ville :
Tél :
Courriel :	Code Postal :
.....	Ville :
.....	Tél :
.....	Courriel :
.....	FINISS.....
.....	SIRET.....
.....	APE

Financement

- Individuel**
 Employeur
 OPCO
 Autre

Bulletin à retourner
à Coralie MICHEL
IRTS de Franche-Comté
Service de formation continue
1, rue Alfred de Vigny CS 52107
25051 Besançon Cedex

Fait à le (cachet + signature)