

BULLETIN D'INSCRIPTION

INTITULÉ DE LA FORMATION :

DATE :

Identité stagiaire	Prise en charge par l'employeur
Nom :	Organisme employeur :
Prénom :
Fonction :	Établissement d'exercice :
Adresse :
Code Postal :	Nom du directeur :
Ville :	Adresse convention / facturation
Tél :
Courriel :	Code Postal :
Financement	Ville :
<input type="checkbox"/> Individuel	Tél :
<input type="checkbox"/> Employeur	Courriel :
<input type="checkbox"/> OPCO	FINESS.....
<input type="checkbox"/> Autre, précisez	SIRET.....
	APE

Bulletin à retourner à
melody.rousselot@irts-fc.fr

Fait à le (cachet + signature)