

BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer 15 jours avant le
démarrage de la formation

FORMATION CHOISIE

Intitulé de la formation :

Dates de la formation :

STRUCTURE

Nom :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone :

Mail :

Nom du Directeur (trice) :

OPCA :

Adhérez-vous à un réseau de l'IAE : oui ... non... Lequel ?

PARTICIPANT

Nom et prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la formation ? :

.....

.....

.....

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription et sont destinées à un usage interne.

J'accepte les conditions générales de vente

Signature du participant :

Signature du responsable et cachet de
l'employeur :