

FORMATION CHOISIE

Intitulé de l'action :

Dates prévues :

ETABLISSEMENT

Raison sociale :

Type d'Etablissement (MAS, IE, ESAT, EHPAD...) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° Siret :

Code APE :

STAGIAIRE

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Mail :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Règlement par l'entreprise

Règlement par l'OPCO (joindre l'accord de prise en charge)

Votre inscription sera validée à réception de la fiche d'inscription dûment complétée.

Nous vous enverrons par mail la convention de formation que vous devrez nous retourner signée et accompagnée d'un chèque d'acompte de 30% du montant du coût de la formation.