

**FORMATION CHOISIE**

Intitulé de l'action :

Dates prévues :

Lieu :

**ETABLISSEMENT**

Raison sociale :

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

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° Siret :

Code APE :

**PERSONNE PROCEDANT A L'INSCRIPTION** Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Mail :

**STAGIAIRE(S)**

Nom	Prénom	Fonction	Téléphone	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.