

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION INTER-ETABLISSEMENT

**Mentions obligatoires. Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.*

Inscription hors la formation "Du repérage au diagnostic du TSA chez l'adulte" et les formations proches aidants

FORMATION

Intitulé de la formation*

Dates de session*

Prix* €

Code formation 2025.....

PARTICIPANT(E)

Mme M.

Nom-Prénom*

Entreprise*

Fonction*

E-mail*

ENTREPRISE DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

Raison sociale*

Adresse*

Code postal*

Ville*

Représentant légal*

LIBELLE DE LA CONVENTION

si différent de l'entreprise du (de la) participant(e)

Raison

Sociale

Adresse

Code postal

Ville

Représentant

légal

ADRESSE DE FACTURATION

si différent du libellé de la convention

Raison

Sociale

Adresse

Code postal

Ville

RESPONSABLE FORMATION/PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Mme M.

Nom-Prénom*

Entreprise*

Fonction*

E-mail*

Tél.*

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de formation et les accepte sans réserve.*

J'atteste que le/la participant(e) répond bien aux prérequis définis dans le programme.*

NOM PRENOM*

DATE*

FONCTION*

Signature et cachet*