

BULLETIN D'INSCRIPTION

CETTE FICHE EST NÉCESSAIRE POUR ORGANISER AU MIEUX VOTRE FORMATION
merci de bien vouloir la retourner par e-mail à cirfanancy@yahoo.fr
au plus tard 15 jours avant la date indiquée sur le programme

NOM

e-mail personnel

adresse personnelle

profession

e-mail professionnel

adresse professionnelle

PRÉNOM

tél. personnel

tél. professionnel

PRISE EN CHARGE :

Prise en charge individuelle
Prise en charge par l'employeur - dans ce cas :

nom de l'employeur

adresse employeur

e-mail employeur

tél. employeur

nom du référent

e-mail facturation

INTITULE DE LA FORMATION SOUHAITEE :

INITIATION :

Module Sensibilisation
Module Génogramme

1^{er} CYCLE :

1^{ère} année
2^{ème} année

2^{ème} CYCLE :

1^{ère} année
2^{ème} année

Module(s) hors formation longue : (préciser les intitulés)

SITUATION PERSONNELLE : Êtes-vous en situation de handicap :

oui

non

Souhaitez-vous être mis en contact avec la référente handicap :

oui

non

Date :

Signature du stagiaire :

Signature et cachet employeur :