apme formation
association père mère enfant

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION

Prénom : Nom :

Adresse :

Code postal / Ville :

Profession :

Mail : Portable :

Téléphone professionnel : Téléphone domicile :

Adresse professionnelle :

En cas de prise en charge par l'employeur :
(Joindre une attestation de prise en charge financière de votre employeur)

Société ou organisme : Personne à contacter :

Adresse :

Code postal / Ville :

Téléphone : Fax : Mail :

- *Je m'inscris pour la session :*
- *dont les dates sont prévues les :*
- *Je verse, ci-joint, un acompte de : € (20% du montant global)*
- *Je m'engage à verser le solde*
- *Je désire une convention de formation : OUI* □ *NON* □

Veuillez indiquer le nom du représentant légal et coordonnées précises au nom duquel la convention doit être établie.
En cas d'annulation à moins de dix jours du début du stage, l'APME Formation facturera 50% du coût du stage.

Date

Signature du stagiaire : **Signature de l'employeur (*le cas échéant*) :**