

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 :

Mail :

- *Je m'inscris pour la session :*
- *dont les dates sont prévues les :*
- *Je verse la totalité de la somme pour un montant de :* (encaissement du chèque à l'issue de la formation)
- *Je désire une convention de formation : OUI NON*

Veillez 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) :