



BULLETIN D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir nous retourner ce document dûment complété et signé par mail à affpformation@.fr

SOCIETE/ETABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

CP – Ville :

Tél : Email :

N° SIRET : Code APE :

Nom de notre interlocuteur : Fonction :

Adresse de facturation si différente (OPCO) :

.....

FORMATION

Intitulé de la formation : (Programme ci-joint)

Adresse de la formation si différente de celle indiquée -ci-dessus :

.....

Date(s) : Coût de la formation :€ NET

Horaires de la formation :

Nom et Prénom	Date de naissance	Fonction dans la structure	Validation des Prérequis		Nécessite d'un aménagement spécifique	
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fait le

Signature et cachet de la structure