



Bulletin d'inscription individuel

A dupliquer si besoin,
un bulletin par formation

LA FORMATION

Vous souhaitez vous inscrire à la session :

Titre
Dates
Coût

LE STAGIAIRE

Vous êtes :

NOM Prénom
Profession
Adresse
Code Postal Ville
Tél. Tél. portable
E-mail

L'ORGANISME EMPLOYEUR

Nom
Adresse
Code Postal Ville
Tél. Fax
E-mail

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Convention de formation à adresser à (si différent de l'organisme employeur) :

Nom
Adresse
Code Postal Ville
Tél. Fax
E-mail

(Joindre une attestation de prise en charge financière par votre employeur **ou** signature et cachet de votre employeur au bas de ce bulletin)

PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Dans ce cas, le bulletin doit être accompagné d'un chèque du montant total du stage à l'ordre de l'A.N.P.A.A.

Pour les personnes à mobilité réduite,
nous vous remercions de bien vouloir
nous prévenir afin que nous réservions
une salle de formation adaptée.

Date

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'employeur