



100 rue de la Gare – CS 40019 – 79185 CHAURAY Cedex  
☎ 05.49.08.18.17 - courriel a.khoubid@sdis79.fr

## BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION ENTREPRISE

DATE	N° SIRET
------	----------

RAISON SOCIALE	ADRESSE
----------------	---------

NOM – PRENOM - FONCTION
-------------------------

COORDONNEES TELEPHONIQUES/ELECTRONIQUES
---

<b>FORMATION CONCERNEE</b> Intitulé formation : .....  Date formation : .....  Lieu formation : .....
--

<b>INSCRIPTION STAGIAIRE</b> Nombre de stagiaire : .....  Handicap (précisez) : .....  <input type="checkbox"/> Accès salle stagiaire à mobilité réduite <input type="checkbox"/> Présence accompagnateur
---

<b>FINANCEMENT</b> <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> OPCO (précisez)..... <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> Convention disponibilité SPV
---

### VERIFICATION DES PRE REQUIS

Joindre au bulletin d'inscription dûment complété, les copies des certificats PSC 1 ou SST.

<b>ENCADRE RESERVE A L'ORGANISME DE FORMATION</b> Stagiaire conforme au pré requis pour bénéficier de la formation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---