



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

FORMATION CONCERNEE Intitulé formation : Date formation : Lieu formation :
--

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

FINANCEMENT <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.

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