

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) : ☐ Accès salle stagiaire à mobilité réduite ☐ Présence accompagnateur

FINANCEMENT ☐ Entreprise ☐ OPCO (précisez)..... ☐ Autre ☐ Convention disponibilité SPV

VERIFICATION DES PRE REQUIS

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

ENCADRE RESERVE A L'ORGANISME DE FORMATION Stagiaire conforme au pré requis pour bénéficier de la formation ☐ OUI ☐ NON
