

## INFORMATIONS SUR LA FORMATION CHOISIE

Intitulé :

Dates :

Programme DPC : Oui Non

Référence :

**Si oui, merci de remplir les colonnes \*1 et \*2**

## INSCRIPTION PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'Etablissement :

Signataire de la convention :

Fonction du signataire :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

	NOM – Prénom	Fonction	*1 Date de naissance (jj/mm/aaaa)	*2 N° Adeli ou N°RPPS
1				
2				
3				
4				

Avez-vous pris connaissance des prérequis de cette formation ? Oui Non

Un/des stagiaire-s a/ont -il(s) des besoins spécifiques (interprète, matériel adapté...) ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

## INSCRIPTION INDIVIDUELLE / PARTICULIER

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code Postal

Ville :

Téléphone :

E-mail :

## PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

L'employeur (plan de formation)

L'employeur

Autre (préciser) :

Le particulier

Préciser le nom de l'OPCO :

*Joindre l'attestation de prise en charge*

Comment vous nous avez connus ?  Site internet  Réseaux sociaux  Autre (précisez)

Nom du signataire :

Fonction :

A : Le

**En signant cette fiche d'inscription, j'accepte les conditions de prestations de formation dont j'ai pris connaissance telles qu'elles sont définies dans le programme et les formalités administratives.**

A compléter et à retourner à FORMAT différence par courrier ou par mail.