

**FORMATION :**

**DATE :**

**LIEU :**

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**À compléter et à retourner avant le :**

À l'adresse suivante :

### COORDONNÉES PERSONNELLES DU PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Profession : .....

Courriel pro. : ..... Téléphone pro. : .....

Courriel perso : ..... Téléphone perso. : .....

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : ..... Prénom : .....

Courriel : ..... Téléphone portable : .....

### COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE OU DE L'ORGANISME INSCRIVANT LE PARTICIPANT

Raison sociale : .....

Adresse : .....

N° SIRET : .....

Représenté par M./M<sup>me</sup>: .....

Fonction : .....

Téléphone portable : ..... Courriel : .....

***Pour tout complément d'information, merci de contacter :***

## FORMATION :

### RECUEIL DES BESOINS DU STAGIAIRE

1. Avez-vous déjà suivi une formation sur ce thème ?

Non -  Oui : laquelle ? .....

2. Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Nous vous remercions de bien vouloir nous informer en amont de toute adaptation nécessaire (notamment pour les personnes en situation de handicap) vous permettant de suivre la formation dans les meilleures conditions. Si vous avez des besoins spécifiques, vous pouvez nous en faire part ici :

.....  
.....

### LE FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Le coût sera pris en charge par :

- Le stagiaire  
 L'employeur  
 Un opérateur de compétence (OPCO, OPCA, autres financeurs).

*Dans ce cas, fournir dès que possible copie de l'accord de prise en charge.*

### LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Stagiaire, entreprise ou organisme à facturer : .....

Adresse de facturation : .....

Courriel de contact : .....

**Date, signature du stagiaire**  
*(pour inscriptions à titre individuel)*

**Date, signature et cachet de l'entreprise**  
*(pour les formations prises en charge  
par les entreprises)*