

BULLETIN D'INSCRIPTION

À RETOURNER À ACCESS FORMATION : 6 rue Gager-Gabillot 75015 PARIS
secretariat.formation@aveuglesdefrance.org / 01.44.42.91.95
secretariat.informatique@aveuglesdefrance.org / 01.44.42.91.88

Je souhaite participer à la formation (merci de remplir un bulletin par stage et par personne)

Intitulée :

Date(s) ou période souhaitée(s) :

(voir dates indiquées au catalogue ou à définir avec les services concernés)

Organisme

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de SIRET :

Contact stagiaire

Nom, Prénom :

Fonction exercée :

Tél : Email :

Contact ressources humaines (si différent du stagiaire)

Nom, Prénom :

Fonction exercée :

Tél : Email :

Contact direction (signataire de la convention de formation)

Nom, Prénom :

Fonction exercée :

Tél : Email :

Contact facturation

Adresse (si différente de l'organisme) :

Code postal : Ville :

Nom, Prénom :

Fonction exercée :

Tél : Email :

Date :/...../.....

Signature et cachet de l'organisme

