

# BULLETIN D'INSCRIPTION

À RETOURNER À ACCESS FORMATION : 6 rue Gager-Gabillot 75015 PARIS  
**[secretariat.formation@aveuglesdefrance.org](mailto:secretariat.formation@aveuglesdefrance.org) / 01.44.42.91.95**  
**[secretariat.informatique@aveuglesdefrance.org](mailto: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

