

BULLETIN D'INSCRIPTION - SESSION DE FORMATION CONTINUE

Formation intitulée _____

Dates : _____ Tarif : _____

PARTICIPANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse Personnelle : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Tél. : _____

E-mail : _____

Fonction occupée : _____

Auprès de quel public : _____

Adresse Professionnelle : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature

EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : _____

Représenté par : _____

Fonction : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Tél. : _____

E-mail : _____

Prise en charge

A titre individuel Employeur / OPCA

Fait à : _____

Le : _____

Signature et cachet de l'établissement

Attentes du stage : _____

Pour tout renseignement :

Tél. : 01 55 48 93 68 ou 54 – a.hernandez@cfhorizon.com – c.sacchetto@cfhorizon.com

N° SIRET : 784 547 481 000 35

N° Formation continue : 11 92 16556 92