



Bulletin d'inscription

(1 par personne)

• Intitulé de la formation.....

• Dates :

• Le/La Stagiaire à inscrire :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Numéro RPPS ou ADELI :

Courriel :

Si vous avez besoin d'un aménagement spécifique, vous pouvez nous contacter.

Quels sont vos attentes et besoins par rapport à la formation ?

.....

.....

• Organisme ou établissement employeur :

.....

N° SIRET :

Adresse :

.....

Personne à contacter :

Tél.: Courriel :

Fax:

Coût de la formation :

• Organisme financeur (OPCO):

.....

N° SIRET :

Adresse:

.....

• Personne à contacter:

Tél.: courriel :

Fax:

Date et signature

Cachet

Document à nous retourner

Mail : ifsi@ch-brive.fr

Adresse : IFSI-IFAS 22 rue Jules Vallès 19100 Brive-la-Gaillarde