

Formation

Intitulé :
Date(s) :
Lieu :

Participants

Civilité	Prénom	Nom	Adresse e-mail	Fonction

Vos attentes vis-à-vis de la formation ?

Vos réponses seront utiles au formateur pour adapter la préparation de la formation.

Structure

Raison sociale :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax :
Nom et fonction du représentant légal :
Nom du responsable de formation :
E-mail du responsable de formation :

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal et
cachet de la structure :

A RETOURNER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ :

Par email à l'adresse charlotte.lozach@aidants.fr

n°déclaration d'activité : 11 75 48897 75

Conditions générales des prestations de formation

La signature de ce bulletin d'inscription vaut acceptation des conditions générales des prestations de formation telles qu'elles sont définies dans le présent catalogue de formation