

BULLETIN D'INSCRIPTION



Téléphone : 03 20 93 70 16
E-mail : formationcontinue@eests.org

N° Déclaration Activité : 31 59 06740 59
SIRET 338 977 564 00016 APE 8542Z

ETABLISSEMENT ORGANISME DEMANDEUR

Etablissement public : OUI NON N° SIRET :

Nom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Directeur : Monsieur, Madame :

COORDONNEES PERSONNELLES DU PARTICIPANT

Fonction :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone :

(Portable si possible, uniquement utilisé si besoin de joindre le stagiaire en cas de problème ou modification de dernière minute)

FORMATION DEMANDEE

Intitulé :

Dates :

Lieu : Coût :

OBJECTIFS DE LA DEMANDE DE FORMATION : précisez vos attentes sur les objectifs de cette formation ?

.....
.....
.....

FINANCEMENT

Budget propre de l'établissement Plan de formation Autres, précisez :

Le signataire reconnaît avoir transmis au participant le règlement intérieur de l'organisme de formation repris sur le site internet.

Date, Cachet et signature du directeur
de l'Établissement ou Organisme :