

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### Souscripteur :

Nom, Prénom ou Organisme .....
Complément .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville .....
Téléphone ..... e-mail .....
Contact formation <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. .... Tél. ....

### Stagiaire(s) :

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap, peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap, peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap, peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Si une Convention de Formation est à établir, complétez le cadre ci-dessous :

Organisme/Entreprise .....
Complément .....
Signataire de la convention <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. .... Fonction : .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville .....

### Session : (cochez la session choisie)

<input type="checkbox"/> Mars-Mai 2026	<input type="checkbox"/> Octobre-Décembre 2026
--	--

### Modalité : (cochez la session choisie)

<input type="checkbox"/> PRESENTIEL	<input type="checkbox"/> DISTANCIEL synchrone (visioconférence)
-------------------------------------	---

Durée : 6 heures par jour, soit 108 heures réparties sur 18 jours	Horaires : 9h00 – 12h00 puis 13h00 – 16h00
---	--

Objectif : Perfectionnement des connaissances	Contenu : (Voir descriptif)
---	-----------------------------

Prix/stagiaire : 3.456 € par stagiaire + 200 € de frais d'inscription par stagiaire
---

**Conditions générales :** Prix non soumis à TVA, conformément aux dispositions de l'article 261 du Code général des impôts. La facture sera payable à réception, par chèque ou virement. Toute somme non réglée à échéance donnera lieu à intérêt au taux de 1% par mois. En cas de désistement moins de sept jours calendaires avant le démarrage de la formation, un dédit de 50% du montant total de la formation prévue sera dû. En cas d'abandon en cours de formation, les heures suivies seront dues ainsi qu'un dédit de 50% des heures restant à suivre.

Date ..... Signature Stagiaire ou Employeur (Nom et Qualité + Cachet) :

Renvoyer ce formulaire à IMajis. Merci.  
info@imajis.fr

ISGT et IMajis sont des organismes de formation certifiés Qualiopi dans la catégorie « Actions de formation »