

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Souscripteur :**

<b>Nom, Prénom ou Organisme</b> .....	
Complément .....	
Adresse .....	
Code postal .....	Ville .....
Téléphone .....	e-mail .....
<u>Contact formation</u> <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.				
<b>Identification du Besoin de formation</b>			<b>Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité</b>	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier	<input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi	<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)		
<input type="checkbox"/> Préparer une reconversion	<input type="checkbox"/> Autre			

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
<b>Identification du Besoin de formation</b>			<b>Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité</b>	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier	<input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi	<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)		
<input type="checkbox"/> Préparer une reconversion	<input type="checkbox"/> Autre			

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
<b>Identification du Besoin de formation</b>			<b>Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité</b>	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier	<input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi	<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)		
<input type="checkbox"/> Préparer une reconversion	<input type="checkbox"/> Autre			

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

<b>Organisme/Entreprise</b> .....	
Complément .....	
<b>Signataire de la convention</b> <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

<b>Objectif :</b> Perfectionnement des connaissances	<b>Contenu :</b> (Voir descriptif)
--	------------------------------------

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

<b>Conditions générales :</b> 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](mailto:info@imajis.fr)

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