

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Souscripteur :

Raison sociale (Etablissement) .....

ou Nom, Prénom .....

Complément (service, cabinet, etc.).....

Contact formation  Mme  M. .... Tél.....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone..... e-mail .....

## Si une Convention de Formation doit être établie, merci de compléter le cadre ci-dessous :

Raison sociale (Etablissement) .....

ou Nom, Prénom .....

Complément (service, cabinet, etc.).....

Signataire de la convention  Mme  M. .... Fonction :.....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

## Atelier choisi se reporter au Catalogue et au Calendrier des Ateliers :

Date	Lieu	Thème
	<input type="checkbox"/> Paris 17 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> Lyon 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> Distanciel (visioconférence)	

Durée d'un atelier : 7 heures

Horaires : 9h00 – 12h30 puis 13h30 – 17h00

Objectif : Perfectionnement des connaissances

Contenu : Voir Catalogue téléchargeable sur le site

## Participant(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"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, <b>Référent Handicap</b> , 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.				
<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"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, <b>Référent Handicap</b> , 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.				
<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"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, <b>Référent Handicap</b> , peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

## Frais de formation : Cochez la ou les case(s) choisie(s)

 497 €/atelier/pers. « Option Visioconférence » + 49 €/atelier/pers.Soit ..... € par X ..... personne(s) = ..... €     Paiement par chèque     Paiement par virement

## Conditions générales

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. La facture est émise à l'issue de la formation. Elle est payable par chèque ou virement bancaire à réception. Toute somme due au-delà de la date d'échéance porte intérêt au taux de 1% par mois. Prix non soumis à TVA (Art. 261 du CGI). Tarifs & conditions valables jusqu'au 31 décembre 2024.

Date ..... Signature :

Souscripteur (Nom et Qualité + Cachet) :