

BULLETIN D'INSCRIPTION



à retourner uniquement par email (lestudiocb@outlook.fr)

FORMATION

Intitulé :

Date :

- EN LIGNE
 PHYSIQUE

STAGIAIRE

Mme, M - Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ___ / ___ / _____ Lieu et pays de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél personnel ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Diplôme/Niveau _____

Mail : _____

Prise en charge : par l'entreprise à titre individuel

FACTURATION A compléter si vous êtes professionnel

Raison sociale de l'employeur _____

N° SIRET _____ Code APE ou NAF _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Personne représentant l'entreprise : _____

Téléphone : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Mail : _____

Conditions de prise en charge

Si une demande de prise en charge est faite, merci de nous indiquer les coordonnées de cet organisme.

Nom de l'organisme _____

N° SIRET _____ Code APE _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Mail _____

ATTENTION : en cas de demande de financement des frais de formation à un organisme tiers (FAF, ASFO, FONGECIF, Actalians etc) et dans l'hypothèse où celui-ci résilie, pour quelque motif que ce soit, la prise en charge accordée, l'intégralité des sommes dues devra être payée :

- par l'entreprise qui a demandé l'inscription pour un de ses salariés,
- par le stagiaire, pour toute inscription au titre d'un congé individuel de formation.

J'accepte les conditions générales de vente

DATE :

SIGNATURE :

Avez-vous des besoins spécifiques liés à l'handicap ?

Quel est votre parcours professionnel ?

Quels sont vos projets ?

Quelle formation avez-vous sélectionnée ? Pourquoi ?

Quels sont vos attentes sur cette formation ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions, qui nous rapprochent de vous.
Nous allons tout faire pour que votre expérience lors de cette formation en ligne soit la plus agréable possible.

Merci pour votre confiance !

Mlle BUCCHIANERI Cécile – présidente.