

BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner uniquement par email (contact@formation-cb.com)

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 r à titre individuel r

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 (FAFCE, OPCO, 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 soit la plus agréable possible.
Merci pour votre confiance !

EXPERT ESTHÉTIQUE