

FORMATIONS 2024

Stagiaire

Mme M.

Nom Prénom.....

Fonction

E-mail Tel. (direct)

Choix de formation

Nom de la formation choisie :

Date de la formation choisie :

Coût :

Informations

Vos attentes en suivant cette formation

.....

.....

L'employeur ou son représentant

Nom

Adresse

CP Ville

Téléphone

Mail

Quels sont les objectifs de votre structure en inscrivant un stagiaire à cette formation ?

.....

.....

Signature du stagiaire

**Signature du représentant de l'employeur + cachet
 (Pour les salarié-e-s uniquement)**

Fait à : Le :

Fait à : Le :

Informations et inscriptions : accueil@cidff43.fr

L'inscription sera définitive à la réception du règlement.