

## Fiche d'inscription Formation

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Nom et n°(CABINET ou ADHERENT)</b>	
<b>Nom et prénom du responsable</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Mail</b>	
<b>Activité</b>	
<b>Numéro SIRET</b>	
<b>FINANCEUR (OPCO)</b>	

### 1. Les stagiaires et les formations

Nom et prénom des stagiaires	Leur fonction dans l'entreprise	Intitulé de la formation	Date et lieu de la formation	Mail participant

**Avez-vous un besoin spécifique lié à une situation de handicap ?**

**Si oui pourriez-vous nous indiquer les adaptations à prévoir ou contacter notre référente**

**handicap Sabine FRESIA au 04 42 90 01 54.**