

Fiche d'inscription Formation

Date : ____ / ____ / ____

Nom (CABINET ou ADHERENT)	
Nom et prénom du responsable	
Adresse	
Téléphone	
Mail contact	
Activité	
Numéro SIRET	
FINANCIER (OPCO)	

1. Les stagiaires et les formations

Nom et prénom du stagiaire	Fonction du stagiaire dans l'entreprise	Intitulé de la formation	Date de la formation	Mail et coordonnées téléphoniques du 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 06 83 43 74 28.

Merci de bien vouloir renvoyer ce document par mail à ***cgaprovence@cgaprovence.fr***