

Fiche de pré-inscription

à compléter et à renvoyer par mail formation@adac.asso.fr
ou voie postale à ADAC 35 rue Ponchardier,
42100 Saint-Etienne

L'ORGANISME

RAISON SOCIALE :

Adresse de convention :

Nom du signataire de la convention :

Prénom :

Fonction :

Tel :

Courriel :

Adresse de facturation (si différente) et destinataire :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Référent formation (si différent) :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Chef de service (si différent) :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Intitulé formation / REF :

Date :

Coût individuel :

Nombre de personnes* :

Coût Total :

*autres personnes à inscrire à renseigner page suivante

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et les accepter

Date, signature et cachet de l'organisme

(ou du participant en cas d'inscription personnelle)

L'apprenant

Mme <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	NOM :	Prénom :
Adresse :			
Tel :		Courriel :	
Statut : Bénévole <input type="checkbox"/>		Salarié <input type="checkbox"/>	
Fonction :		Profession :	Service :
<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation			

L'apprenant

Mme <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	NOM :	Prénom :
Adresse :			
Tel :		Courriel :	
Statut : Bénévole <input type="checkbox"/>		Salarié <input type="checkbox"/>	
Fonction :		Profession :	Service :
<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation			

L'apprenant

Mme <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	NOM :	Prénom :
Adresse :			
Tel :		Courriel :	
Statut : Bénévole <input type="checkbox"/>		Salarié <input type="checkbox"/>	
Fonction :		Profession :	Service :
<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation			

L'apprenant

Mme <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	NOM :	Prénom :
Adresse :			
Tel :		Courriel :	
Statut : Bénévole <input type="checkbox"/>		Salarié <input type="checkbox"/>	
Fonction :		Profession :	Service :
<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation			

L'apprenant

Mme <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	NOM :	Prénom :
Adresse :			
Tel :		Courriel :	
Statut : Bénévole <input type="checkbox"/>		Salarié <input type="checkbox"/>	
Fonction :		Profession :	Service :
<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation			