

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Formation :** Concevoir et Animer des cycles de formation professionnelle

**Date de Formation :** 20 – 24 janvier 2020

**Lieu de formation :** LA FAC - 67, Rue Aborigènes ZAC de Hope Estate -  
97150 Saint-Martin - 0590 77 44 26

Formation@ccism.com

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Mme

Mlle

M

Nom de naissance : \* \_\_\_\_\_ Nom d'usage (ex : épouse) : \* \_\_\_\_\_

Prénom : \* \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \* \_\_\_\_\_ N° Dép.: \* \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \* \_\_\_\_\_

Adresse personnelle / Professionnelle: \* \_\_\_\_\_

Code Postal : \* \_\_\_\_\_ Ville : \* \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \* \_\_\_\_\_ E-mail : \* \_\_\_\_\_

Prise en charge : Oui  Non  Nom de l'organisme de prise en charge : \_\_\_\_\_

Formation suite à :

Création / Projet d'activité : \_\_\_\_\_

Adjonction d'activité au RM

Autre: \_\_\_\_\_

Statut du participant :

Salarié  Chef d'entreprise salarié  Non salarié  Demandeur d'emploi

**\*Champs obligatoires pour la délivrance de l'Attestation**

### SI VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE POUR LA CONVENTION ET LA FACTURATION,

**Merci de bien vouloir compléter ces renseignements**

Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Nombre de salariés : \_\_\_\_\_ Nom du Représentant de la structure : \_\_\_\_\_

Personne en charge du dossier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_\_

Lu et approuvé (en manuscrit)

Signature du stagiaire

A \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du responsable ou directeur

de l'établissement et cachet (si financement par l'entreprise)