



BULLETIN D'INSCRIPTION

A LA FORMATION : ENTREPRENDRE

Date de Formation :

Lieu de formation : CCISM

Maison des Entreprises - Rue Jean Jacques FAYEL – CONCORDIA
97150 Saint-Martin

Tél. : 0590 87 84 42 / 0590 27 91 51 / Fax : 0590 87 01 19 –

info@ccism.com - www.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)