

INS- CRIP- TION

STAGIAIRE

NOM PRÉNOM

FONCTION E-MAIL

INTITULÉ DU STAGE* RÉF.

LIEU DATES PRÉVUES PRIX

* « relevant, au titre de l'article L.6313-1 du code du travail, de la typologie des actions d'adaptation et de développement des compétences des salariés et réalisée, au sens des articles L.6353-1 et D.6321-1, conformément à un programme préétabli qui, en fonction d'objectifs déterminés, précise les moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement mis en œuvre ainsi que les moyens permettant de suivre son exécution et d'en apprécier les résultats ».

SOCIÉTÉ

NOM

ADRESSE

TÉL. E-MAIL

TAILLE DE LA SOCIÉTÉ

> 10 SALARIÉS

< 10 SALARIÉS

NOM DU RESPONSABLE FORMATION/RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

FACTURATION DU STAGE

À LA SOCIÉTÉ À UN AUTRE ORGANISME (OPCA,...)* : NOM ET ADRESSE

* Sous réserve d'un accord de prise en charge.

NOM - PRÉNOM FONCTION

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS D'INSCRIPTION.

À

LE

SIGNATURE

VOS CONTACTS FORMATION : MÉLANIE BLANCHARD DE CUYPER - CÉLINE LELIÈVRE

Tél. 02 37 18 48 05 - formation@cerib.com



Cerib - 1 rue des Longs Réages - CS 10010 - 28233 Épernon cedex - Tél. 02 37 18 48 00 - Fax 02 37 18 48 87 - cerib@cerib.com