

A retourner à : Institut Carrel  
Service Formation Continue  
119, rue Boileau  
69006 Lyon

**Merci de nous fournir l'ensemble de ces informations indispensables à l'établissement d'une convention de formation professionnelle continue qui confirmera votre inscription.**

**STAGE**

Libellé \_\_\_\_\_

Dates \_\_\_\_\_

**PARTICIPANT** Mlle  Mme  Mr

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Tél.port. \_\_\_\_\_

Le participant a-t'il une reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)?  Non  OuiA-t'il besoin d'aménagements spécifiques?  Non  Oui**ENTREPRISE/ ORGANISME**

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

N° de Siret \_\_\_\_\_

Code APE \_\_\_\_\_

**Responsable formation ou responsable de l'inscription** Mlle  Mme  Mr

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Effectif de l'établissement \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**FACTURATION**

Personne, Etablissement ou Organisme à facturer, si différent \_\_\_\_\_

Adresse de facturation si différente \_\_\_\_\_

Cestage sera pris en charge par un organisme collecteur  non  oui à préciser \_\_\_\_\_Statut du payeur  PUBLIC  PRIVE  PARAPUBLIC

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet \_\_\_\_\_