

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 OuiAvez-vous un handicap visible ou invisible ?? 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 _____

Ce stage sera pris en charge par un organisme collecteur non oui à préciser _____Statut du payeur PUBLIC PRIVE PARAPUBLIC

Fait à _____

Signature et cachet _____

Le _____