

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 Oui

A-t'il besoin d'un aménagement spécifique ? Non Oui

Si oui, lequel :

A-t'il un handicap visible ou invisible ? Non Oui

Si oui, lequel :

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

Signature et cachet

Le