

Fiche de pré-inscription

à retourner par voie postale à ADAC 35 rue Ponchardier, 42100 Saint-Etienne ou
par mail formation@adac.asso.fr ou via le lien suivant :
<https://framaforms.org/fiche-dinscription-formation-adac-1687521604>

L'ORGANISME

RAISON SOCIALE :

Adresse de convention :

Nom du signataire de la convention :

Prénom :

Fonction :

Tel :

Courriel :

Adresse de facturation (si différente) et destinataire :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Référent formation (si différent) :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Chef de service (si différent) :

NOM :

Prénom :

Tel :

Courriel :

Intitulé formation / REF :

Date :

Coût individuel :

Nombre de personnes* :

Coût Total :

*autres personnes à inscrire à renseigner page suivante

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et les accepter

Date, signature et cachet de l'organisme

(ou du participant en cas d'inscription personnelle)

L'apprenant

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|----------|
| Mme <input type="checkbox"/> | Mr <input type="checkbox"/> | NOM : | Prénom : |
| Adresse : | | | |
| Tel : | | Courriel : | |
| Statut : Bénévole <input type="checkbox"/> | | Salarié <input type="checkbox"/> | |
| Fonction : | | Profession : | |
| | | Service : | |
| <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation | | | |

L'apprenant

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|----------|
| Mme <input type="checkbox"/> | Mr <input type="checkbox"/> | NOM : | Prénom : |
| Adresse : | | | |
| Tel : | | Courriel : | |
| Statut : Bénévole <input type="checkbox"/> | | Salarié <input type="checkbox"/> | |
| Fonction : | | Profession : | |
| | | Service : | |
| <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation | | | |

L'apprenant

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|----------|
| Mme <input type="checkbox"/> | Mr <input type="checkbox"/> | NOM : | Prénom : |
| Adresse : | | | |
| Tel : | | Courriel : | |
| Statut : Bénévole <input type="checkbox"/> | | Salarié <input type="checkbox"/> | |
| Fonction : | | Profession : | |
| | | Service : | |
| <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation | | | |

L'apprenant

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|----------|
| Mme <input type="checkbox"/> | Mr <input type="checkbox"/> | NOM : | Prénom : |
| Adresse : | | | |
| Tel : | | Courriel : | |
| Statut : Bénévole <input type="checkbox"/> | | Salarié <input type="checkbox"/> | |
| Fonction : | | Profession : | |
| | | Service : | |
| <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation | | | |

L'apprenant

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|----------|
| Mme <input type="checkbox"/> | Mr <input type="checkbox"/> | NOM : | Prénom : |
| Adresse : | | | |
| Tel : | | Courriel : | |
| Statut : Bénévole <input type="checkbox"/> | | Salarié <input type="checkbox"/> | |
| Fonction : | | Profession : | |
| | | Service : | |
| <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap nécessitant un aménagement de la formation | | | |