

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

NOM – RAISON SOCIALE :		
ADRESSE :		
Code Postal :	Ville :	Tél :
Email (obligatoire):		
OPCO :		
SIRET(obligatoire): :	Secteur d'activité (obligatoire):	Obligatoire : <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVÉ
NOM du référent de formation à contacter :		
Intitulé de la formation :		
Dates de formation souhaitées:	Nombre de personnes à inscrire :	
Description du besoin de formation :		
BENEFICIAIRE(S)		
NOM Prénom:	NOM DE NAISSANCE :	Email :
NOM Prénom:	NOM DE NAISSANCE :	Email :
NOM Prénom:	NOM DE NAISSANCE :	Email :
NOM Prénom:	NOM DE NAISSANCE :	Email :
NOM Prénom:	NOM DE NAISSANCE :	Email :
Prise en charge de la formation – facture à établir		
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR		
<input type="checkbox"/> OPCO	NOM de l'organisme :	
<input type="checkbox"/> PERSONNELLE		

Si vous souhaitez bénéficier d'aménagements spécifiques en lien avec une situation de handicap, merci de nous contacter :

Attention : nous vous remercions de prendre connaissance au préalable des pré-requis concernant certaines de nos formations (mentionnés sur le programme)

Pour les formations AFGSU : validité de 4 ans. Il est impératif de joindre à ce formulaire la copie de l'attestation initiale, ou de réactualisation.

Les places par sessions étant limitées, nous vous conseillons de nous retourner ce formulaire au plus vite ; nous vous confirmerons la prise en compte de l'inscription dans un délai de 7 jours.

Le CFPS-CESU 64A se réserve le droit, si le nombre de participants à une formation est jugé insuffisant sur le plan pédagogique, d'annuler cette formation. Le CFPS-CESU 64A se réserve le droit de reporter la formation, d'adapter le contenu de son programme ou de remplacer un formateur, si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent. Le demandeur sera informé par courriel ou courrier.