

Bulletin d'inscription

La réception de ce bulletin conditionne votre inscription

N° de siret : 349 972 638 000 10 - N° de déclaration d'existence 11 75 13 819 75

À retourner par fax : 01 34 29 55 35 ou par courrier : IRTS Paris Ile-de-France - Service formation continue 145, avenue Parmentier 75010 PARIS

Vos coordonnées

Mme M. Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Tél. personnel : E-mail :

Fonction actuelle :

Les coordonnées de votre employeur

Nom de l'établissement ou service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : Email :

Nom du responsable de l'établissement :

Service ou établissement signataire de la convention de formation :

(si différent)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : Email :

OPCA :

Formation choisie

Intitulé de la formation :

Date :

Attentes vis-à-vis de la formation :

Prise en charge financière

Plan de formation DIF A titre individuel VAE

Congé individuel de formation Autre (précisez) :

Fait à : Le :

Signature et cachet de l'Employeur :

Signature du signataire :