

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Courriel :

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Code APE/NAF :

Numéro de siret :

Nom de la personne à inscrire sur la convention et sa fonction :

Signature du responsable
de l'inscription

Cachet de l'établissement
ou de l'autorité qui prend en charge
les frais de stage

LA FORMATION

Intitulé de la formation

Public cible :

Durée :

Date :

Lieu de la formation :

VOS BESOINS ET ATTENTES

Précisez vos besoins et attentes concernant cette formation :

CONTACT

Tél : 01 41 44 38 40 • courriel : formation.continue@inshea.fr

INSHEA 58-60, avenue des Landes • 92150 Suresnes • Tél. : 01 41 44 31 00