

FORMATION

Intitulé de la formation :

DATE: du

au

Lieu:

LE STAGIAIRE

Nom et prénom* :

N° NPA*:

Adresse :

Telephone*:

Email*:

Êtes-vous membre de la CSSCT ?

Oui

Non

Etes- vous membre du CSE ?

Oui

Non

L'ENTREPRISE

Nom:

Adresse :

Effectif de l'établissement* :

Activité de l'entreprise :

Nom et prénom du destinataire de la demande de formation (directeur, DRH ou responsable formation) :

Fonction :

Téléphone :

Email :

L'adresse de facturation est-elle la même que l'adresse ci-dessus ? OUI NON

Si non, merci de nous la communiquer :

STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP :

Merci de bien vouloir contacter le référent handicap, M. Christophe GARAYT au 06.82.74.53.46 ou par mail :

christophegaraytcfdt@gmail.com pour préparer votre venue à la formation.

