

À adresser  
à l'IREFE

# DEMANDE D'INSCRIPTION

**DATE ET SIGNATURE DU STAGIAIRE  
OBLIGATOIRE**

\_\_\_\_\_

**CACHET DU FINANCEUR  
OBLIGATOIRE**

**irefe**

SE FORMER POUR AGIR

INSTITUT RÉGIONAL D'ÉTUDES,  
DE FORMATION ET D'EXPERTISES

78 rue de Crimée 75019 Paris  
T. 01 42 03 05 05  
contact@irefe.fr

WWW.IREFE.COM

## STAGIAIRE (VOUS)

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

TÉL. PORTABLE \_\_\_\_\_

TÉL. PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_

ADRESSE PERSONNELLE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENTREPRISE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

## FORMATION

FORMATION CHOISIE \_\_\_\_\_

DATE CHOISIE \_\_\_\_\_

## AFIN DE MIEUX VOUS CONNAÎTRE

VOTRE DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FEMME  HOMME

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE FORMATION DE L'IREFE ? OUI NON

## ACTUELLEMENT, VOUS ÊTES :

EN EMPLOI    DEMANDEUR D'EMPLOI    RETRAITÉ    CADRE    FONCTIONNAIRE

## ET VOUS EXERCEZ UN MANDAT DE :

CE    CSE    DP    CHSCT    COMM. SSCT    DS    DUP

CAP    CT(E)    SECRÉTAIRE DE SECTION

AUTRE, À PRÉCISER \_\_\_\_\_

## FINANCEMENT

LE COÛT DE VOTRE FORMATION EST FINANCÉ PAR

L'ENTREPRISE    LE COMITÉ D'ENTREPRISE

LE SYNDICAT    AUTRE

COÛT DE LA FORMATION \_\_\_\_\_ €

## DESTINATAIRE DE LA FACTURE ET DE LA CONVENTION DE FORMATION

RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM \_\_\_\_\_

FONCTION \_\_\_\_\_

EMAIL DE CONTACT \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TOUTE INSCRIPTION NE SERA DÉFINITIVE QU'UNE FOIS LES MODALITÉS  
DE FINANCEMENT ARRÊTÉES.**

VOTRE SYNDICAT \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_