

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 _____
