

Intitulé de la formation : Référence CFC n° :	Date :	Lieu :
--	--------	--------

PERSONNES A INSCRIRE

Prénom NOM	Fonction	Téléphone (portable et/ou fixe)	E-mail	Droit à l'image : Cochez si non diffusion de votre image
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Parmi les personnes inscrites, certaines ont-elles un régime alimentaire particulier : qui / quoi

Parmi les personnes inscrites, certaines ont-elles un besoin spécifique, au regard d'une situation de handicap ? Si OUI, notre référent Handicap vous contactera

OUI NON



VOTRE ENTREPRISE

LE REPRESENTANT DE L'ENTREPRISE

Raison sociale :	Prénom NOM :
Numéro SIRET : (obligatoire) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fonction :
Adresse :	E-mail / téléphone :
Code postal :	LE GESTIONNAIRE DES FORMATIONS DE L'ENTREPRISE
Ville :	Prénom NOM :
Téléphone :	Fonction :
E-mail :	E-mail / téléphone :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

FINANCEMENT D'ENTREPRISE (OPCO - Fonds d'assurance formation) : <input type="checkbox"/>	FINANCEMENT PERSONNEL (type CPF : compte personnel Formation) : <input type="checkbox"/>
Personne(s) concernée(s) :	Personne(s) concernée(s) :

RÈGLEMENT A RECEPTION DE FACTURE : OUVERTURE DE COMPTE

Êtes-vous déjà Client du groupe CETIH? OUI: BEL'M ZILTEN CID SWAO SYSTOVI CFC
mode et conditions de règlement inchangés

NON:
un document d'ouverture de compte vous sera adressé