**Bulletin d’inscription  
À dupliquer autant que nécessaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation collective oui / non** | **Formation sur site oui / non** |  | **ADHERENT ACEPP oui / non** |
|  |  |  |  |

**Intitulé de la formation :**

**Dates :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse de **l’association gestionnaire :**  Tél :  Mèl :  **Adhérent ACEPP : oui - non** (rayer la mention inutile)  **Nom du lieu d’accueil (si différent de celui de l’association gestionnaire) :**  **N°icom:**  **ETP:**  Je soussigné(e),  En qualité de,  Demande l’inscription des stagiaires désignés ci-contre, et reconnais avoir pris connaissance des conditions d’inscription et les accepte.  A  Le  Signature et tampon | **Noms Prénoms Fonction**  -  **À retourner à Cocagne Acepp 31**  **Au plus tard 1 mois avant le début de la formation.** |