**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.** |