

- Intitulé de la formation :
.....
- Dates de la session souhaitée :
Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Merci de bien vouloir nous renvoyer au moins 1 mois avant le début de la formation, un bulletin par personne et par action de formation.

Par courriel :

inscription@ergonalliance.fr

Responsable du suivi de l'inscription

Etablissement :

.....

N° de SIRET :

.....

Adresse :

.....

.....

Nom du responsable de l'inscription :

.....

Fonction du responsable de l'inscription :

.....

Tél. :

.....

Adresse e-mail :

.....

Nom du signataire de la convention (si différent) :

.....

Stagiaire

Nom :

.....

Prénom :

.....

Adresse professionnelle :

.....

.....

Service :

.....

Profession :

.....

Tél. :

.....

Adresse e-mail :

.....

Accessibilité handicap : Vous avez des besoins spécifiques, contactez notre **Référent handicap** au 01 45 11 15 50

Fait à, le/...../.....

Signature du responsable de l'inscription et cachet de l'entreprise

En signant cette fiche d'inscription, j'accepte les conditions générales de ventes disponibles sur le site internet d'Ergonalliance.