



BULLETIN D'INSCRIPTION

Titre de la formation : _____

Réf : _____ Coût : _____

→ Vous

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____

Fonction : _____

Portable : _____

Mail : _____

** Si vous vous trouvez en situation de handicap, merci de nous en faire part lors de votre inscription pour que l'on mette en œuvre tout ce qui est possible pour vous accueillir dans les meilleures conditions.*

→ Votre employeur (si pris en charge par la formation professionnelle)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Nom du responsable du dossier : _____

Tél. : _____ Mail : _____

Inscription à titre individuel	<input type="checkbox"/>	Chèque à l'ordre de l'ASM13-PSY13
Inscription employeur	<input type="checkbox"/>	Transmettre le bulletin d'inscription dûment complété par mail uniquement : service.psy13@asm13.org Une convention vous sera adressée en retour.
Inscription salarié ASM13	<input type="checkbox"/>	Service :

- Inscriptions employeur : l'inscription ne sera définitive qu'à réception de la convention dûment signée.
- Inscriptions à titre individuel : l'inscription ne sera définitive qu'à réception du règlement.