

**BULLETIN D'INSCRIPTION ACTION DE FORMATION
 INSCRIPTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE (Associations, Entreprises)**

Je soussigné (Nom, Prénom) :

Fonction :

Agissant en mon nom propre OU pour le compte de l'association / entreprise désignée ci-après :

Raison sociale :

N° de Siret :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Code NAF : Activité :

Souhaite (m')inscrire le(s) stagiaire(s) suivant(s) à la formation (intitulé de la formation) se déroulant du au, au tarif indiqué sur le site d'Addictions Formation Conseil.

| Nom, Prénom du stagiaire | Fonction | Mail |
|--------------------------|----------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Afin de valider les prérequis de chacun des apprenants et confirmer l'inscription de ces derniers, notre organisme de formation pourra être amené à réaliser des évaluations en amont de la formation ou à demander un CV de compétences.

Si vous êtes ou si un ou plusieurs stagiaire(s) est (sont) en situation de handicap ou est (sont) atteints d'une maladie invalidante, merci de nous informer afin de pouvoir étudier les besoins de chacun : Oui Non :

Pour toute demande de prise en charge de la formation / Merci de vous rapprocher de votre OPCO. En cas de problème, merci d'en informer et de contacter ADDICTIONS FORMATION CONSEIL

Si vous souhaitez une prise en charge totale ou partielle de votre formation « Addictions Formation Conseil » à titre individuel, merci de vous rapprocher du site : www.moncompteformation.gouv.fr afin de vérifier le montant de vos droits.