



Références de la formation

Date :	Lieu :
Intitulé :	



Noms des stagiaires

Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse mail :
Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse mail :
Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse mail :
Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse mail :
Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse mail :



Informations entreprise

Raison sociale :	Adresse de l'entreprise :		
SIRET :	<input type="checkbox"/> Facturation directe <input type="checkbox"/> Facturation à l'OPCO	Nom de l'OPCO :	



Engagement

Responsable du stagiaire	Téléphone	Adresse mail :
<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir pris connaissance du programme détaillé de la formation		<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente Date : Cachet et signature :
<input type="checkbox"/> Je valide que les pré-requis de cette formation sont bien respectés par les stagiaires inscrits sur ce formulaire.		
<input type="checkbox"/> Un des stagiaires est en situation d'handicap et je souhaite que les modalités d'accueil et pédagogiques soient adaptées		
Retourner ce formulaire d'inscription à : contact@aleco.fr		