

BULLETIN D'INSCRIPTION
POUR FORMATION(S) EN INTER-ETABLISSEMENTS

A renvoyer à :

Monsieur Le Directeur AFIP SANTE 102-104 avenue Henri Barbusse 47000 AGEN

INSCRIPTION POUR UNE FORMATION INDIVIDUELLE

NOM & Prénom du stagiaire:	Thème de la Formation :
NOM & Prénom du stagiaire:	Thème de la Formation :
NOM & Prénom du stagiaire:	Thème de la Formation :
NOM & Prénom du stagiaire:	Thème de la Formation :
NOM & Prénom du stagiaire:	Thème de la Formation :

Je soussigné(e),

en qualité de

- ✓ fait réservation de place(s) pour la/les formation(s) comme indiquée(s) ci-dessus, accompagné d'un chèque d'inscription de **150 €** par stagiaire (à déduire du coût total) :stagiaire(s) x 150 € =€

Dés votre engagement confirmé, une convention de formation sera établie.

J'ai connaissance que le coût pédagogique des formations en inter-établissements « Préparation aux concours ou ASG ou Entrée ASH en formation Aide Soignant,» sont payables en 2 fois : *(sauf pour les paiements directs par OPCA)*

- ⇒ 50% pour pouvoir débiter la formation
- ⇒ Le solde à la moitié de la formation.

Fait à Le

Signature

Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »