



DEMANDE DE  
FORMATION COLLECTIVE

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### FORMATION

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Lieu :  Dans nos locaux ⇨  Dax  Mont de Marsan  Aucune préférence

Dans vos locaux (Adresse) : \_\_\_\_\_

### COLLECTIF :

Nom de la personne référente : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Etablissement ou organisme collecteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

M'engage par la présence à prendre en charge les frais afférents à cette inscription :

Coûts pédagogiques  Frais annexes

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature et cachet

Bulletin à retourner à :

**Adapei40 Formation 3 Rue Michel Tissé 40000 MONT DE MARSAN**

05 58 85 43 85

[formation@adapei40.fr](mailto:formation@adapei40.fr) ou [siege@adapei40.fr](mailto:siege@adapei40.fr)