



BULLETIN D'INSCRIPTION

~

FORMATIONS INTER 2019



***A retourner, rempli et signé à l'URIOPSS par mail ou courrier
au plus tard 15 jours avant le début de la formation***

LA STRUCTURE DEMANDEUSE :

Association, établissement ou service : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail (de l'association) : _____

Votre organisme collecteur (OPCA) : UNIFAF UNIFORMATION Autre

Secteur d'activité de la structure : _____

Adhérente à l'URIOPSS : OUI NON

LA FORMATION SOUHAITEE :

Intitulé : _____

Date(s) : _____

LE STAGIAIRE :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone direct : _____ E-mail direct : _____

Fait à : _____ Le : _____

Cachet de votre structure :

Nom, prénom, fonction et signature de
l'employeur ou de son représentant :