



# 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 - N° adhérent : \_\_\_\_\_  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 :