



BULLETIN D'INSCRIPTION

Établissement

Adresse :

Code postal : Ville :

Responsable de formation :

Téléphone : Fax :

Email :

Participant

Nom et prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Fonction : Service :

Email : Mobile :

Situation de handicap à prendre en compte : Oui Non précisez

Merci de nous contacter pour étudier les différentes possibilités mises à disposition des situations de handicap

Session(s) retenue(s)	REF	Dates	Coût*
.....
.....
.....

*TranSfaire n'étant pas assujettie à la TVA, les coûts sont en nets

Date, signature et cachet de l'établissement

Le :

à :

à photocopier et à retourner à l'Association TranSfaire

9 rue Jean Daudin - 75015 Paris

Tél : 01 53 69 08 80