



### Établissement

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Responsable de formation : .....

Téléphone : ..... Email : .....

### Participant(s)

Nom et prénom : .....

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*

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

Nom et prénom : .....

Fonction : ..... Service : .....

Email : ..... Mobile : .....

Situation de handicap à prendre en compte :  Oui  Non précisez :

*Merci de nous contacter pour étudier les différentes possibilités d'adaptation mises à disposition*

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

Nom et prénom : .....

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*

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 - info@transfaire.org