



Fiche d'inscription

Mise à jour le 6 janvier 2022

Intitulé de la formation :

Formation professionnelle de praticien en amma assis

Date :

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Activité :

Adresse facturation :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

SIRET :

Code NAF :

TVA Intracommunautaire :

Appartenance à un réseau ? NON OUI Lequel ?

OPCO :

LE STAGIAIRE 1

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Adresse :

Email individuel :

Téléphone :

Besoins d'aménagements spécifiques pour accéder ou suivre la formation :

LE STAGIAIRE 2

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Adresse :

Email individuel :

Téléphone :

Preuves de pré-requis, le cas échéant (à joindre à la présente fiche):

Besoins d'aménagements spécifiques pour accéder ou suivre la formation :