



www.ifman.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION

**A retourner à : IFMAN Sud-Ouest - Maison des Associations - 15 avenue Tarayre - 12000 RODEZ
FORMATION**

INTITULE

DATES

TARIF

Vos attentes par rapport à cette formation (Facultatif) :

.....

.....

STAGIAIRE

(compléter les champs marqués* seulement en cas de prise en charge par la formation professionnelle)

Nom, Prénom (M, Mme, Mlle)

Prise en charge employeur Prise en charge OPCA Sans prise en charge

Téléphone personnel Portable.....

Email @

Adresse personnelle

.....

Cocher cette case si vous désirez prendre le repas de midi, lorsque cela est prévu. (Le repas est à la charge du stagiaire)

Fonction *

ENTREPRISE

(compléter les champs marqués* seulement en cas de prise en charge par la formation professionnelle)

Nom ou Raison Sociale*

Adresse*

.....

Nom du Responsable Formation*

Téléphone* Email* @

REGLEMENT

La facture est à adresser à :

Au stagiaire A l'entreprise A l'OPCA

Si OPCA, merci de faire votre demande de prise en charge avant le début de la formation.

Nom de l'OPCA

Contact

Référence du dossier

Adresse

Téléphone

A..... le

Signature du stagiaire

et / ou

Cachet et signature de l'entreprise*
(nom et qualité de la personne signataire)

Institut de recherche et de Formation du Mouvement pour une Alternative Non-violente

IFMAN SUD OUEST - Maison des Associations - 15 avenue Tarayre - 12000 RODEZ

<http://www.ifman.fr> - 06 31 85 92 41 - ifman.so@wanadoo.fr

SIREN 453 547 440 - APE 8559A - Non assujetti à la TVA

Enregistré sous le numero DIRECCTE 73.12.00440.12- Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat