

DEMANDE D'INSCRIPTION

DATE

SIGNATURE DU STAGIAIRE

irefe

SE FORMER POUR AGIR

INSTITUT RÉGIONAL D'ÉTUDES,
DE FORMATION ET D'EXPERTISES

78 rue de Crimée 75019 PARIS
Tél 01 42 03 05 05
contact@irefe.fr

WWW.IREFE.COM

FORMATIONS DOMAINE JURIDIQUE

STAGIAIRE (VOUS)

NOM _____

PRÉNOM _____

EMAIL _____

TÉL. PORTABLE _____

TÉL. PROFESSIONNEL _____

ADRESSE PERSONNELLE _____

FORMATION

FORMATION CHOISIE _____

DATE CHOISIE _____

AFIN DE MIEUX VOUS CONNAÎTRE

VOTRE DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____

FEMME HOMME

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE FORMATION DE L'IREFE ? OUI NON

JE SUIS CONSEILLER PRUD'HOMME À :

CONSEIL : _____

SECTION : _____

DEPUIS : _____

EN EMPLOI DEMANDEUR D'EMPLOI RETRAITÉ

JE SUIS DÉFENSEUR SYNDICAL :

EN EMPLOI DEMANDEUR D'EMPLOI RETRAITÉ

JE SUIS CONSEILLER DU SALARIÉ :

EN EMPLOI DEMANDEUR D'EMPLOI RETRAITÉ

EMPLOYEUR

NOM, RAISON SOCIALE _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ _____

VOTRE SYNDICAT _____
