

À adresser
à l'IREFE

DEMANDE D'INSCRIPTION

**DATE ET SIGNATURE DU STAGIAIRE
OBLIGATOIRE**

**CACHET DU FINANCEUR
OBLIGATOIRE**

irefe

SE FORMER POUR AGIR

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

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

WWW.IREFE.COM



STAGIAIRE (VOUS)

NOM

PRÉNOM

EMAIL

TÉL. PORTABLE

TÉL. PROFESSIONNEL

ADRESSE PERSONNELLE

CODE POSTAL

VILLE

ENTREPRISE

CODE POSTAL

VILLE

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

ACTUELLEMENT, VOUS ÊTES :

EN EMPLOI DEMANDEUR D'EMPLOI RETRAITÉ CADRE FONCTIONNAIRE

ET VOUS EXERCEZ UN MANDAT DE :

CSE - 50 SALARIÉS CSE 50 À 299 SALARIÉS CSE + 300 SALARIÉS REP. PROXIMITÉ COMM. SSCT

CHSCT CAP CT CTE DS SECRÉTAIRE DE SECTION

AUTRE, À PRÉCISER _____

FINANCEMENT

LE COÛT DE VOTRE FORMATION EST FINANCÉ PAR

L'ENTREPRISE N° SIRET :

LE CSE LE SYNDICAT AUTRE, PRÉCISEZ :

COÛT DE LA FORMATION

DESTINATAIRE DE LA FACTURE ET DE LA CONVENTION DE FORMATION

RAISON SOCIALE

NOM ET PRÉNOM

FONCTION _____

EMAIL DE CONTACT _____

TÉLÉPHONE

ADRESSE

TOUTE INSCRIPTION NE SERA DÉFINITIVE QU'UNE FOIS LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ARRÊTÉES

VOTRE SYNDICAT _____