

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé :

Date :

PARTICIPANTS

1^{er} Nom, Prénom :

Fonction : Date de naissance :

2^{ème} Nom, Prénom :

Fonction : Date de naissance :

3^{ème} Nom, Prénom :

Fonction : Date de naissance :

PRISE EN CHARGE

A TITRE PERSONNEL

Adresse personnelle

.....
.....

CP – VILLE

|_|_|_|_|_|
.....

☎ :

@ :

AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE

Etablissement :

Adresse :

.....

☎ :

@ :

Cachet de l'établissement

A renvoyer par mail, fax ou courrier :

CFPS – CH MONT DE MARSAN

Avenue Nonères – 40024 MONT DE MARSAN

☎ : 05.58.05.20.45 - ☒ : 05.58.05.20.31 - @ : cfps@ch-mdm.fr