

FICHE D'INSCRIPTION

■ Stagiaire

- NOM & PRÉNOM :
- Adresse :
-
- Tél : Email :

■ Inscription au stage

- INTITULÉ DE LA FORMATION
-
-
- DATE:

■ PRISE EN CHARGE PAR L'ETABLISSEMENT

- ETABLISSEMENT
- NOM DU CONTACT FORMATION :
- ADRESSE :
-
- Tél. : Email :
- OPCO :

■ FINANCEMENT AUTRE (ex. PÔLE EMPLOI)

-
-

■ FINANCEMENT INDIVIDUEL par mobilisation d'un CPF à titre personnel

-
-
-



■ Je soussigné-e

• NOM PRÉNOM.....

• m'engage à titre personnel ou institutionnel à m'inscrire à la formation :

•

•

Lorsque mon engagement est effectué à titre personnel sur le plan financier, l'inscription ne sera prise en compte et effective qu'après **avoir versé un acompte de 30 %, à l'ordre de APAR FORMATION, par chèque ou virement.**

En cas d'inscription, le montant intégral de la formation sera versé au plus tard, au premier jour de la formation et dû dans son intégralité, quelle que soit l'assiduité du candidat.

• Fait à Le :

■ Signature :

• J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales et les accepter.

• J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur applicable aux stagiaires.



04 42 90 34 81

formation@apar-autisme.org

Organisme de formation

APAR N° 93 131 0328 13

830 Rte de St-Canadet

13090 Aix en Provence