

**PARTICIPANT (S)**

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....

**Joindre une copie du diplôme obtenu**

**ORGANISME EMPLOYEUR**

Personne responsable de l'inscription :  
 Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....  
 Nom de l'établissement : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Ville : ..... Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 E mail : .....

**CALENDRIER DEPARTEMENTAL DE FORMATION** : Cocher la case de la session désirée

Dates de session	Interlocuteur	Bulletin d'inscription à retourner à :
<input type="radio"/> du 6 novembre 2023 au 14 mai 2024	Mme BOUCHEREAU Aurélie	<a href="mailto:ifaslemans@ifso-asso.org">ifaslemans@ifso-asso.org</a>
<input type="radio"/>		

Inscription à retourner au moins 15 jours avant le début de la session, sous réserve de places disponibles



**PARTICIPANT (S)**

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Adresse mail : .....

**Joindre une copie du diplôme obtenu**

**ORGANISME EMPLOYEUR**

Personne responsable de l'inscription :  
 Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....  
 Nom de l'établissement : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Ville : ..... Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 E mail : .....

**CALENDRIER DEPARTEMENTAL DE FORMATION** : Cocher la case de la session désirée

Dates de session	Interlocuteur	Bulletin d'inscription à retourner à :
<input type="radio"/> xx		
<input type="radio"/> xx		

Inscription à retourner au moins 15 jours avant le début de la session, sous réserve de places disponibles

