

## FORMATION CHOISIE

Intitulé de la formation : .....

Date : .....

## PARTICIPANT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Fonction : .....

N° RPPS : .....

Adresse professionnelle : .....

Email professionnel : .....

Téléphone : .....

Avez-vous pris connaissance des prérequis de cette formation ?  OUI  NON

Avez-vous besoin d'aménagements spécifiques pour accéder ou suivre la formation :

 OUI (lesquels ?) NON

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE

 Par l'Agence Nationale du DPC (inscription à l'ANDPC déjà effectuée  OUI  NON) Par le FIF-PL Financement personnel

Nom du signataire :

Signature :

Fait à :

Le :

*En signant cette fiche d'inscription, j'accepte les conditions générales de vente et le règlement intérieur de FORMA CARE.*

Merci de nous retourner le formulaire d'inscription à : [administratif@forma-care.org](mailto:administratif@forma-care.org)