



Renseignements relatifs a l'employeur demandant l'inscription

Nom ou raison sociale :

Numéro Siret :

Nom et fonction du signataire de l'inscription :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone :

Mail :

Renseignements relatifs a la personne inscrite

Nom/Prénom :

Votre fonction :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone : Mail :

N° de licence :

Renseignements relatifs a la formation envisagée

Intitulé de la formation : Coût de la formation :

Date de la formation :

Une demande OPCA a-t-elle été demandée : OUI (un devis vous sera adressé) NON

Si l'accord de financement n'a pas encore été validé par Uniformation,
la facture devra être établie à :

EMPLOYEUR

STAGIAIRE

AUTRE (à préciser)

.....

SIGNATURE DE VOTRE EMPLOYEUR
(Nom et fonction)

SIGNATURE DE VOTRE CONSEILLER
TECHNIQUE REGIONAL

.....

**Votre inscription ne sera prise en compte qu'à réception du document
entièrement complété et validé par les deux signataires**

IMPORTANT

Le demandeur déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente des prestations de formation énoncées sur notre site internet www-sport-santé.fr. Les informations recueillies dans ce bulletin d'inscription feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé au Service des Formations Fédérales, sauf avis contraire de votre part. Vous disposez d'un droit d'accès à ces données comme le stipule la loi du 6 janvier 1978 dite loi « informatique et liberté ».