

BULLETIN D'INSCRIPTION

**À retourner à Michèle Freud Formations 157 avenue des Campotels
83700 SAINT RAPHAEL**

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

PROFESSION : _____

TELEPHONE : _____ PORTABLE : _____

EMAIL : _____

Je désire m'inscrire à la formation suivante :

- , qui débute le

Je joins :

Renseignement concernant votre statut à l'entrée en formation :

- ☐ Salarié
- ☐ Travailleur indépendant
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ Autre, préciser _____

Votre prise en charge de la formation :

- ☐ Formation personnelle : Particuliers
- ☐ Formation continue : Entreprise
- ☐ Formation continue par les Pouvoirs Publics
- ☐ Formation continue : Organisme paritaires collecteurs agréés (OPCA)

J'ai pris connaissance des conditions générales de vente (<http://www.michelefreud.com/cgv.pdf>)

DATE : _____

SIGNATURE :

Précédée de la mention "Lu et
Approuvée