

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 :

Précédente de la mention "Lu et
Approuvé"