FORMULAIRE INSCRIPTION FORMATION AMFF

Initial ☐

Recyclage* ☐

Veuillez compléter l'ensemble du document. Un seul formulaire par candidat.

NOM	
Prénom	
Date de Naissance	
Lieu de Naissance	
Nationalité	
Adresse Complète (Siège social si entreprise)	
Téléphone Entreprise	
Téléphone Stagiaire	
Mail Personnel du stagiaire	

A RENVOYER PAR MAIL À : cfacfp-sfda@stfrancoislaroche.fr

Une question sur un aménagement spécifique de votre formation ?

Veuillez contactez notre référente handicap :

M.VRIGNAUD Simon -simon.vrignaud@stfrancoislaroche.fr ou 02 51 37 04 48

Politique RGPD : Les données à caractère personnel recueillies à l'occasion des demandes de contact, d'information, de rappel ou de candidature sur ce site internet hébergé sur les serveurs de OVH, font l'objet de traitements informatiques déclarés à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Lieu et Date. Signature du candidat.