



**Inscription Cycle certifiant**

**Responsable de site**

**Parcours complet**

MERCI DE COMPLÉTER ENTIÈREMENT CE BULLETIN D’INSCRIPTION

**Le participant**

Nom : Prénom :

Fonction :

E-mail :

Téléphone :

**L’employeur**

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Responsable formation :

E-mail :

Coût par participant : 5 000 € pour les 31 jours de formation et l’examen

Hors hébergement et repas du soir – repas de midi inclus

La facture doit être libellée :  Au nom de l'organisme

 Au nom d'un Tiers Payant\*, lequel :

\* dans ce cas, il est indispensable de nous adresser au préalable un contrat de prestation de service signé

Fait à : Le :

Cachet de l’Organisme Signature :

N.B. : La participation aux stages est réservée aux membres de l’Association afpols. La cotisation est facturée avec le 1er stage de l’année. (Réglementation des associations loi 1901).

**Bulletin à retourner à Lauriane LAVERNHE**

**AFPOLS – 9 boulevard des Italiens – 75002 PARIS**

[**lauriane.lavernhe@afpols.fr**](mailto:lauriane.lavernhe@afpols.fr)