

FICHE de CONFIRMATION

Prénom et Nom

Renseignements personnels*

M

Adresse :

 _____) _____

@

Date et lieu de naissance : __/__/____ - à _____

Situation familiale : _____ nombre d'enfants : _____

Je m'inscris à la formation intitulée :

CAFDES

de 15/05/2017 au 30/11/ 2019

** Merci de compléter et/ou modifier vos coordonnées*

Cette Formation est prise en charge financièrement par mon Employeur

Merci de nous fournir une attestation de prise en charge datée et signée par votre Employeur

Tarif de la formation :
17.184,00 €

La facture est à adresser à :

Profession : _____

Fonction : _____

Raison Sociale Employeur :

✉ _____

 _____ Fax : _____

@ _____

Site : http://www. _____

Raison Sociale Financier :

✉ _____

 _____ Fax : _____

Cette formation est prise en charge financièrement par un organisme habilité au titre d'un Congé Individuel de Formation : lequel ? _____ (merci de nous joindre l'accord de prise en charge)

Tarif de la formation : **17.184,00 €**

Cette formation est prise en charge financièrement dans sa totalité à titre personnel.

Tarif de la formation : **13.747.20 €**

date et signature 

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut et m'engage à en respecter les règles