INSCRIPTION À UNE FORMATION

Chambre de Métiers et de l'Artisanat
CENTRE-VAL DE LOIRE

NOUS CONTACTER :

PAR COURRIEL	PAR TÉLÉPHONE AU	EN LIGNE SUR NOTRE SITE WEB
Formation-continue.36@cma-cvl.fr	+ 33 (0) 2 54 08 80 03	www.cmacvl.fr

Toute inscription vaut acceptation sans réserve des conditions générales de ventes détaillées au verso

STAGE

Intitulé : .....

Date du début du stage : ...../...../..... **Durée :** .....

Lieu : ☐ Bourges ☐ Chartres ☐ Châteauroux ☐ Tours ☐ Blois ☐ Orléans

Désignation de l'entreprise

Raison sociale : .....

Statut : ☐ SARL ☐ EIRL ☐ SAS ☐ MICRO

Nom et prénom du chef d'entreprise : .....

Adresse : .....

CP : ..... **Ville :** .....

Activité principale de l'entreprise :

.....

N° de Siret : /_____/_____/_____/ /_____/_____/_____/ /_____/_____/_____/ /_____/_____/_____/_____/_____/

Tél : ..... **Portable :** .....

Adresse mail : .....

Nom et Prénom du stagiaire : .....

Tél : ..... **Adresse mail :** .....

Statut : ☐ Chef d'entreprise ☐ Salarié.e ☐ Conjoint.e collaborateur.rice ☐ Demandeur d'emploi

Modalités de paiement

☐ **Je joins la somme de :** .....**€ en confirmation de mon inscription à la formation.**

☐ **Je sollicite le concours du Conseil de la formation**

☐ **Je demande une prise en charge OPCO**

☐ **Je demande une AIF (Aide Individuelle à la Formation)**

☐ **Je souhaite financer ma formation par le biais de mon CPF**

Cachet et signature de l'entreprise ou stagiaire

Fait à : ..... **Le :** ..... /..... /.....

☐ **En cochant cette case j'accepte les conditions générales de vente et l'information relative aux droits d'accès aux données personnelles**

FORMATIONS