

# INSCRIPTION À UNE FORMATION



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

## NOUS CONTACTER :

**PAR COURRIEL**  
Formation-continue.45@cma-cvl.fr

**PAR TÉLÉPHONE AU**  
+ 33 (0) 2 38 62 18 54

**EN LIGNE SUR NOTRE SITE WEB**  
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