



CENTRE DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIAL
CFSS Paris-Saclay

Pour une meilleure prise en compte de votre inscription, merci de nous adresser ce formulaire :

Par voie postale

CFSS Paris-Saclay
ZA Courtaboef – Parc
Immobilier les Conquérants
1 avenue de l'Atlantique
Bâtiment Kilimandjaro
91940 LES ULIS

ou

Par courriel

contact@cfssps.fr

Toute inscription deviendra définitive à réception du versement de l'acompte de 30 % et de la convention de formation dûment signée.

Pour toute demande de renseignements complémentaires, n'hésitez pas à prendre connaissance des conditions générales d'inscription ou à nous contacter au **0185410018**

BULLETIN D'INSCRIPTION

VOTRE STRUCTURE

Intitulé _____ Public Privé

N° SIRET _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Représentant de la Structure M. Mme

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

N° téléphone _____

Courriel _____ @ _____

ETABLISSEMENT SIGNATAIRE DE LA CONVENTION SI DIFFERENT

Intitulé _____ Public Privé

N° SIRET _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Représentant de l'Etablissement M. Mme

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

N° téléphone _____

Courriel _____ @ _____

LE OU LA STAGIAIRE

M. Mme

Nom _____

Prénom _____

N° téléphone _____

Courriel _____ @ _____

Fonction dans votre structure _____

Diplômes ou niveau _____

Pour toute personne en situation de handicap, veuillez nous contacter afin de vérifier que les moyens techniques et pédagogiques permettent de vous accueillir dans les meilleures conditions.

LA FORMATION

Intitulé du stage _____

Dates du stage _____

Tarif net de taxe (indiqué sur le programme) _____ €

Acompte de 30 % _____ €

Cette inscription s'inscrit :

Plan de formation/Plan de développement des compétences

Autre (merci de préciser) _____

Fait à _____,

Le _____

Signature du stagiaire

Cachet de l'établissement et
signature de son représentant