

# BULLETIN D'INSCRIPTION



ASTER-Ingénierie, Conseil & Formation  
16, avenue Jean Jaurès  
94600 Choisy-Le-Roi  
Tél : 01 84 23 86 07  
Mél : contact@aster-icf.fr  
www.aster-icf.fr


Formation :

## L'ENTREPRISE

Raison sociale : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
SIRET : .....  
Code APE : .....  
N° TVA intracommunautaire : .....

## PARTICIPANT(S)

Monsieur  Madame  Mademoiselle  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Fonction ou emploi occupé : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone « pro » : .....  
Email « pro » : .....

 Si vous souhaitez inscrire un groupe de participants d'une même entreprise dans le cadre d'une formation « intra », merci de joindre une liste nominative des participants avec tous les renseignements énoncés ci-dessus.

## PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI DU DOSSIER

Monsieur  Madame  Mademoiselle  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Fonction ou emploi occupé : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Email : .....  
Envoi de(s) convocation(s) :  
 Participant(s)  
 Personne chargée du suivi du dossier

## SESSION DE FORMATION CONCERNÉE

Intitulé de la formation : .....  
N/Réf : .....  
Dates de la session : .....  
Début : .....  
Fin : .....

## PRISE EN CHARGE

### **Formation effectuée dans le cadre du**

- Droit Individuel à la formation
- Plan de Formation Continue de l'entreprise
- Préparation Opérationnelle à l'Emploi (POE)
- Autre (préciser) :

## HÉBERGEMENT - RESTAURATION

### **Pour les stages à l'Institut de formation**

Pour les chambres : Nous demander la liste des hôtels à proximité.

Pour les repas : Si vous suivez un régime particulier. Merci de nous en informer 8 jours avant le début du stage.

## ADRESSE DE FACTURATION (si différente)

Raison sociale : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Contact : .....

## ORGANISME PARITAIRE COLLECTEUR AGRÉÉ

### **(à remplir en cas de prise en charge par un OPCA)**

Raison sociale : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Contact : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Email : .....

## INFORMATION COMPLÉMENTAIRE À NOUS COMMUNIQUER

N'hésitez pas à nous contacter en cas de question au sujet de votre inscription.

**01 84 23 86 07**