

BULLETIN D'INSCRIPTION



Former, accompagner, conseiller,
les professionnels de l'enfance



Intitulé du Stage :

Date de début de stage :

LE STAGIAIRE

Nom et Prénom :

Poste Occupé :

Date et lieu de naissance :

Adresse Personnelle :

Tél. :

E-mail :

ORGANISME EMPLOYEUR

Etablissement / Employeur :

Adresse

SIRET :

Tél. :

E-mail :

Nom du responsable :

Fonction :

Numéro d'adhérent auprès de votre gestionnaire de fonds (UNIFAF, UNIFORMATION,...) :

REGLEMENT AU CRFPE EFFECTUE PAR

Organisme Employeur

Adresse (si différente) :

Gestionnaire de fonds de formation (UNIFAF, HABITAT FORMATION, ...)

Précisez :

Subrogation

OUI

NON

Adresse :

Merci de joindre votre accord de prise en charge

Autre (POLE EMPLOI, PLIE,...)

Précisez :

Adresse :

Numéro d'identifiant Pôle emploi :

Individuel

Adresse :

MONTANT DES FRAIS DE FORMATION _____

Date :

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :

CENTRE REGIONAL DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE L'ENFANCE

14 Bd Vauban - 59042 LILLE CEDEX - Tél. 03 20 14 93 06

www.crfpe.fr - formationcontinue@crfpe.fr

N° Déclaration existence 31.59.004.55.54 / SIRET 783.707.797.000.16 / APE 8542Z