



BULLETIN D'INSCRIPTION 2026

Intitulé du Stage :

Dates du stage :

LE STAGIAIRE

Nom et Prénom

Poste Occupé :

Date et lieu de naissance :

Adresse Personnelle :

Tél. (impératif en cas d'annulation) :

E-mail :

☐

J'ai pris connaissance du contenu et des objectifs formation et ils correspondent à mes attentes.

Rencontrez-vous des besoins spécifiques liés à une situation de handicap ou à des contraintes particulières, nécessitant un aménagement de l'accompagnement ?

- ☐ NON
- ☐ OUI

Si oui, nous vous invitons à vos rapprocher de notre référent handicap : referenthandicap@crfpe.fr

ORGANISME EMPLOYEUR

Etablissement / Employeur :

Adresse

Tél. :

SIRET :

E-mail :

Nom du responsable :

Fonction :

☐

J'ai pris connaissance du contenu et des objectifs de la formation et ils correspondent aux compétences recherchées, pour mon entreprise / ma structure

RÈGLEMENT AU CRFPE EFFECTUÉ PAR :

☐

Organisme employeur

☐

OPCO

Adresse de facturation si différente :

Nom de l'OPCO :

Interlocuteur :

Tél. interlocuteur :

Signature et cachet :

Signature et cachet de l'organisme employeur :

Si le paiement se fait via la plateforme CHORUS, joindre le bon de commande.

Fournir l'accord de prise en charge qui validera définitivement l'inscription.

☐

Stagiaire lui-même

☐

Autre

Signature :

Si c'est un financement Pôle-Emploi, Mission locale, PLIE, ... nous contacter.

RÉCAPITULATIF DU COÛT DE LA FORMATION :