



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Organisme de formation n° 11 75 020 58 75

▶ Intitulé de la session de formation :

▶ Intitulé de la conférence :

▶ Intitulé de la journée d'étude :

▶ Intitulé du colloque :

Dates :

Une convention de formation vous sera adressée dès la confirmation de votre inscription.

PARTICIPANT

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél. :

E-mail* :

**Obligatoire : les convocations sont envoyées par e-mail exclusivement*

Adresse postale* :

Code postal :

Ville :

** Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir un éventuel courrier*

J'autorise la LFSM à utiliser mon adresse courriel pour recevoir les informations concernant ses activités : OUI NON



EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :

Nom, prénom et fonction de la personne habilitée à signer la convention de formation :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tél. :

E-mail :

Coordonnées du service comptable :

Date d'inscription et Signature

*Merci de bien vouloir envoyer votre demande d'inscription dans les meilleurs délais pour les conférences de sensibilisation et le colloque annuel. Pour les sessions de formation continue, et au plus tard un mois avant la date de début, votre fiche d'inscription doit être accompagnée d'un chèque d'acompte de 100 euros libellée à l'ordre de la Ligue Française pour la Santé Mentale par courrier au Pôle Formation/LFSM., 11, rue Tronchet, 75008 Paris, ou par mail pole.formation@lfsm.fr
Pour les conférences, aucun acompte n'est à verser, seul la fiche d'inscription est à retourner auprès de la LFSM.*

NE PAS OUBLIER DE REMPLIR CETTE PARTIE DE LA FICHE D'INSCRIPTION. MERCI !

Mon activité professionnelle actuelle :

Ma connaissance de la thématique abordée lors de la session de formation :



Mes attentes pour cette session de formation

Je confirme avoir pris connaissance « du Livret d'accueil du stagiaire » et du « Règlement intérieur de la LFSM ».

Si vous êtes concerné par une situation de mobilité réduite, l'accès à nos différents sites de formation est possible. Pour toute situation nécessitant un aménagement des conditions de formation, veuillez au préalable prendre contact avec notre référente handicap, Mme Farah ZOHRY au 01 42 66 20 70.

Nom et prénom
Date et signature

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce document.
Ces éléments seront transmis au formateur.

La LFSM.