



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Organisme de formation n° 11 75 020 58 75

Intitulé de la formation :

Dates :

Vos attentes :

Souhaitez-vous une convention de formation : oui non

PARTICIPANT

Mme M. Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél. :

E-mail* :

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

Adresse* :

Code postal :

Ville :

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

EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :

Adresse* :

Code postal :

Ville :

Tél. :

E-mail* :

**Obligatoire*

Date d'inscription et Signature

Merci de bien vouloir envoyer votre demande d'inscription au plus tard un mois et de votre chèque d'acompte de 100 euros avant le début du stage à 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

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

Mon activité professionnelle actuelle :

Mes attentes pour cette session de formation
