



Formulaire d'inscription

A nous retourner par mail :
crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr

par courrier :
CROIX ROUGE FRANÇAISE – CRFP
 6 rue de la gare – 3^{ème} étage
 44 402 REZE cedex

Formation :

◆

Date(s):

◆

Lieu (département) :

44 49 53
 72 85

◆

Pour acceptation :

Nom et fonction du signataire : _____

Signature et cachet de l'entreprise : _____

L'entreprise : _____

ADRESSE: _____

CP: _____ **VILLE:** _____

PERSONNE A CONTACTER (responsable de la formation): _____

TEL : _____ **SITE WEB :** _____

MAIL: _____

N° SIRET : _____ **CODE APE:** _____

ACTIVITE PRINCIPALE : _____

NOMBRE DE SALARIES DANS L'ENTREPRISE : _____

Formation :

INTER ENTREPRISE (moins de 5 personnes)

INTRA ENTREPRISE (groupe de plus de 5 personnes)

Participant(s) :

1 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

2 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

3 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

4 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

5 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

6 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

7 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

8 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

9 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

10 - _____ DATE DE NAISSANCE: _____

Gestion administrative du stage :

Coordonnées du destinataire des conventions de formation :

Entreprise (voir coordonnées ci-dessus)

Autre : préciser : _____

Prise en charge de la prestation :

Entreprise (voir coordonnées ci-dessus)

OPCA : préciser ses coordonnées

*NB dans tous les cas ou l'OPCA règle directement à la Croix-Rouge (subrogation), fournir **avant le début de formation** l'accord de prise en charge. A défaut, la facture sera adressée à l'entreprise.*

Toutes nos dates :

<http://irfss-pays-de-loire.croix-rouge.fr>

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE FORMATION ?

Site internet Salon Portes-Ouvertes

Facebook Connaissance Journaux

Autre :