

INSCRIPTION POUR LA FORMATION :

Rentrée de la formation le : _____

NOM ET PRENOM CANDIDAT : _____**ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :**

Nom et Prénom Directeur/trice: _____

Adresse : _____

Complément : _____

Code postal et Ville : _____

Public(s) accueilli(s) : _____

Email : _____

Téléphone : _____

SIRET : _____

Nature du contrat dans l'établissement : Temps plein Durée déterminée Durée indéterminée Autre, précisez : _____

Date d'embauche : _____

Une demande de CPA (ex CPF) est-elle en cours ? OUI NONUne demande de CIF est-elle en cours ? OUI NON

Si oui, avec quel organisme ? : _____

 Temps partiel > nombre d'heures : _____ Contrat de professionnalisation**FACTURATION :**

Nom et Prénom du Responsable : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Une demande de subrogation va-t-elle être effectuée auprès de votre OPCO pour règlement direct à INITIATIVES ? Si oui, merci de nous la transmettre dès réception. Non Oui à la date du : _____**Dénomination OPCO établissement employeur :** OPCO Santé Uniformation Transitions Pro AGEFOS PME Autres (ANFH, AGEFIPH...) : _____

Je soussigné(e) : _____

Fonction : _____

Certifie l'exactitude des renseignements fournis, demande l'inscription du candidat ci-dessus et m'engage à financer sa formation conformément au devis.

Fait à _____

le _____

Signature : _____

Cachet établissement : _____