

**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 (transmission attestations de présence) : \_\_\_\_\_

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 SANTE  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 :