

**FICHE D’INSCRIPTION 2017/2018**

Merci de compléter impérativement tous les champs

**Formation souhaitée** ..................................................................................................................................................................................

**Référence du stage** de la formation et date.................................................................................................................................................

Lieu / Site IRTS (spécifié sur la fiche de présentation de la formation).........................................................................................

*Avez-vous déjà suivi une formation à l'IRTS* ***oui 🞐 non 🞐***

Si oui, laquelle.............................................................................................................................................. Année.............................................

**Le participant** (En majuscule)

Nom de Naissance : ...................................................................................... Prénom : ............................................................

Épouse : ................................................................................................................ Date de naissance : .....................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal :…………………….. Ville : …………………………………………………………………………..

Téléphone Tél : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Portable : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Email (En majuscule) : …………………………………………………….@.....................................................................................................

Salarié bénéficiant d’un contrat de travail - Secteur Public ❑ Secteur Privé ❑

Type de contrat : ⭘ CDI - ⭘ CDD - ⭘ Autres - précisez :…………………………………………………………………………….

**Adresse professionnelle**

Etablissement :..........................................................................................................................................................................................................

**❑** 1- Enfance **❑** 2- Personnes Agées  **❑** 3- Personnes Adultes Handicapés **❑** 4- Personnes en difficultés sociale

**❑** 5- Autres (précisez) : **……………………………………………………………………….**

Adresse :.....................................................................................................................................................................................................................

Code Postal :............................... Ville :..................................................................................................................................................................

Tél. :...... : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Fax : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ Email:............................................................

Fonction :...................................................................................................................................................................................................................

**Contact (en cas de report, annulation, absence**…) : *.………………………………………………………………………………..*

***Type de financement : CPF 🞐 / CIF 🞐 / PAUF 🞐 / PERSONNEL 🞐***

Adresse de convention et de facturation - si différente (ex : siège social, OPCA, etc…)

Monsieur - Madame ............................................................................................................................................................................................

Etablissement :......................................................................................................................................................................................................

Adresse :...................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................

**Contact formation de la structure**(responsable FC, RH,…)

Nom :................................................................... / Fonction.....................................................................................................................................

Tél : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Fax \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ **Email :..................................................................**

Signature de l’intéressé(e) Cachet de l’Etablissement

 et signature du responsable

**IRTS HAUTS-DE-FRANCE - Service Formations Continues**

**Rue Ambroise Paré - BP71 - 59373 LOOS Cedex**

Sothy COUDEVILLE : 03.20.62.96.14 -scoudeville@irtshdf.fr

**Attestation de prise en charge**

Je, soussigné(e) (**le responsable**) ……………………………………………………………………………..., certifie exactes les données transmises dans ce document par le participant……………………………………….……………………..

Je reconnais avoir été informé(e) que son entrée en formation ne sera valable que sous réserve du règlement intégral des frais de formation.

***Merci de transmettre l’attestation de prise en charge de chacun des financeurs.***

A, …………………………………………………………………….

Le ……………………………………………………………………

Signature

(précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »)

Le Règlement Intérieur de l’IRTS, applicable aux étudiants et stagiaires,

**est consultable au secrétariat des Formations Continues.**

Je soussigné(e), (**le stagiaire**)………………………………………………………………..

En formation de : ……………………………………………………………...

Du ……………………………………… au ……… ………………………2016

Certifie avoir été informé et pris connaissance sur les modalités d’accès du **Règlement intérieur de l’IRTS.**

Fait à Loos, le…………………………….

Signature :