

**FICHE D’INSCRIPTION**

Tous les champs sont obligatoires

**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'IRTSoui 🞐 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 : Financement employeur 🞐 / Personnel 🞐 / Autre (Région, Pôle Emploi…) 🞐***

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