

**BULLETIN D’INSCRIPTION - FORMATION INTER**

N° de SIRET : 31 80 71 45 30 00 19 - N° de Déclaration d’existence : 31590021959

**Formation choisie :**

Code référence de la formation :

Dates :

**Vos coordonnées**

Nom de Naissance : Prénom :

Nom marital : Date de naissance :

Adresse

Code postal : Ville :

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

Email :

Fonction actuelle :

**Les coordonnées de votre employeur**

Nom de l’établissement signataire de la convention de formation :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Email :

Nom du contact de la structure :

Sa fonction :

Tél : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Email :

Public accompagné :

**❑** Enfance-Famille **❑** Petite Enfance **❑** Personnes Agées  **❑** Personnes Adultes Handicapés

**❑** Personnes en difficultés sociales **❑** Autres (précisez) :

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

**Type de contrat :** ⭘ CDI - ⭘ CDD - ⭘ Autres - précisez :

**Prise en charge financière : Plan de formation de l’employeur 🞐**

 **A titre personnel 🞐**

 **Pôle Emploi🞐**

***IRTS Hauts-de-France/ Site Métropole Lilloise - Service Formations Continues***

**Rue Ambroise Paré - BP71**

**59373 LOOS Cedex**

Sothy COUDEVILLE : 03 20 62 96 14

Céline DUCHENNE : 03 28 55 41 37

formation-continue@irtshdf.fr

Les informations collectées dans le cadre de ce formulaire de contact sont traitées *à des fins de gestion de votre demande. Vous pouvez exercer vos droits en contactant notre référent à la protection des données à l’adresse suivante :* *dpo@irtshdf.fr*. *Pour en savoir plus sur la protection de vos données personnelles, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité* *disponible sur notre site internet* [*https://irtshdf.fr/politique-de-confidentialite/*](https://irtshdf.fr/politique-de-confidentialite/)

Les Conditions Générales de Vente Formations Continues : <https://irtshdf.fr/cgv-formations/>

Le Règlement Intérieur de l’IRTS applicable aux stagiaires : <https://irtshdf.fr/wp-content/uploads/2020/07/IRTS-HdF-RI-FC-sep2020.pdf>

**Attestation de prise en charge**

Je, soussigné(e) Madame et/ou Monsieur (l’employeur)……………………………………., m’engage en qualité de ….………………………….. à prendre en charge le coût de la formation de Madame/Monsieur (le participant)………………………..

A, …………………………………………………………………….

Le ……………………………………………………………………

Signature

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