

FORMATION MANAGER PAR LE CARE

Dates : **4 juin, 4 juillet, 12 septembre et 22 octobre 2019**

Lieu : **ICP – 74 rue de Vaugirard 75006 Paris**

PARTICIPANT

Identité

☐ Mme. ☐ M.

Nom : Prénom :

Fonction Date de naissance : / /

Coordonnées

Adresse (si différente de la société) :

Code postal : Ville :

Tél. bureau : Mobile :

Courriel :

SOCIÉTÉ

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Siret : APE :

Contact dossier formation :

☐ Mme ☐ M.

Nom : Prénom :

Tél. : Email :

Fonction :

PRISE EN CHARGE

☐ Entreprise ☐ Individuelle (le participant règle directement les frais de formation)

☐ Autre financement (spécifier) :

L'inscription est définitive dès réception de la convention signée par les deux parties. Le participant recevra une convocation accompagnée du programme détaillé ainsi que du règlement intérieur.