

Dates choisies :

-
-

L'entreprise

Nom de l'entreprise :

Code convention collective* :

N°SIRET* :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Contact dans l'entreprise :

Fonction :

Email :

@

Souhaite inscrire à

- **la formation INITIALE PERMIS DE FORMER 2 jours (14 Heures)**

Formation dans le cadre du contrat de professionnalisation, ou contrat d'apprentissage.

- **la formation MISE A JOUR PERMIS DE FORMER 1/2 jour (4 heures)**

Formation dans le cadre du contrat de professionnalisation, ou contrat d'apprentissage.

La personne à inscrire

Nom :

Prénom :

Fonction dans l'entreprise :

Code postal *personnel* :

Ville* :

Date de naissance* :

Tél. *perso** :

Lieu de naissance :

N° Sécurité sociale* :

Email *personnel** :

@

Date de naissance :

* informations obligatoires pour obtenir le permis de former délivré par le FAFIH.

Date et signature

cachet de l'Entreprise