

Bulletin d'inscription

Identité du participant

Nom : Prénom :

Téléphone : Courriel :

Profil du participant

Salarié Bénévole Usager Proche

Autre (précisez) :

Métier du participant

Social Précisez :

Médico-social Précisez :

Médical Précisez :

Administratif Précisez :

Identité de la structure de rattachement

Association Organisme Établissement Autre (précisez) :

Nom :

Adresse :

La présentation

N° : Lieu :

Date : Horaire :

Validation de l'inscription par l'organisme dont relève le participant

Nom et prénom du responsable de service :

Cachet de l'établissement

CADRE RÉSERVÉ AU PARTENAIRE ORGANISATEUR

Date d'arrivée de l'inscription :

Inscription : Acceptée Refusée