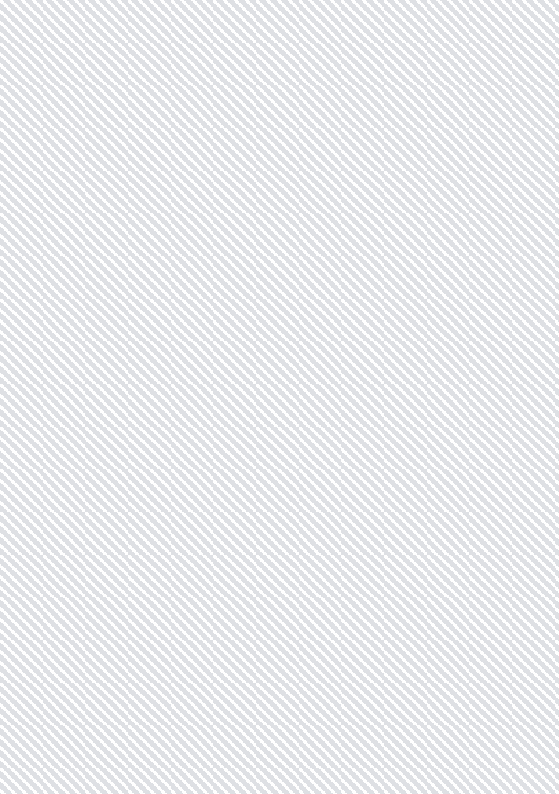
**BULLETIN DE DEMANDE D’INSCRIPTION**



**à retourner à par mail à formation@leplanningfamilial38.org**

**Les inscriptions seront traitées par ordre d’arrivée**. **Une demande ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation.**

**Seul le retour de la convention de formation signée et accompagnée de l’acompte requis vaut inscription**.

Une convocation vous sera envoyée avant le début de la formation.

Les frais d’hébergement/restauration/déplacement sont à la charge des participant.e.s.

Le Planning Familial **se réserve le droit d’annuler une formation jusqu’à trois semaines avant** **son commencement** si le nombre d’inscrit-e-s est insuffisant. Dans ce cas l’acompte sera remboursé.

**INTITULE DE LA FORMATION CHOISIE**

**FINANCEMENT ENVISAGE** Individuel  OPCO Employeur Autres

**LA/LE STAGIAIRE**

Nom : ................................................................ Prénom : ................................................................ Adresse *(si inscription à titre individuel)* : ..............................................................................................

Tél. : ..................................................................................................................................................... Email : ..................................................................................................................................................

Profession / fonction : ......................................................................................................................... Nom de la structure : ........................................................................................................................... Contact de la structure : ......................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

**L’ORGANISME / EMPLOYEUR**

Nom ou Raison sociale : ...................................................................................................................... Adresse : ............................................................................................................................................. Nom et prénom de la référente formation : ....................................................................................... Tél. : .................................................................................................................................................... Email : ..................................................................................................................................................

Association du Planning Familial de l’Isère

Organisme de formation n°82380004338 - N° de SIRET: 77955907900016