

## BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

.....

PRENOM :

.....

PROFESSION :

.....

STRUCTURE :

.....

TEL : ..... E-MAIL :

.....

**PARTICIPERA A LA SESSION DE FORMATION DE : (*Cocher la session demandée*)**

Dates prévues

SIGNATURE

**STRUCTURE RESPONSABLE (Raison Sociale) :**

.....

ADRESSE.....

TEL : ..... EMAIL : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

FONCTION :

.....

SIGNATURE

**FACTURATION :**

NOM ET ADRESSE DE

L'ORGANISME : .....

.....

....

**REGLEMENT :**

Paiement à réception de facture

*Bulletin à renvoyer à :*

**Groupe SOS Solidarités – Assfam**

[assfamformation@groupe-sos.org](mailto:assfamformation@groupe-sos.org)