BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation « Devenir Maître d'Apprentissage »

Date de formation du |__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|

Je remplis | Informations obligatoires pour toute inscription

Stagiaire

❑ M. ❑ Mme

Prénom : _____ Nom : _____

Né(e) le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| A : _____

Adresse professionnelle : _____

_____

CP : |__|__|__|__|__| Ville : _____

Téléphone professionnel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail : _____@_____

Intitulé du diplôme le plus élevé : _____

Employeur

N° de Siret : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

_____

CP : |__|__|__|__|__| Ville : _____

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail : _____@_____

Nom du directeur de l'établissement : _____

Poste occupé par le stagiaire : _____

Nom et fonction du responsable : _____

À renseigner :

Avez-vous déjà exercé des fonctions de tuteur ? ☐ oui ☐ non

Qui est à l'origine de cette demande de formation ? ☐ salarié ☐ employeur

Signatures

Le stagiaire :
A :..... Le : |__|__|__|__|__|__|
Signature

L'Employeur (si financeur) :
A : ..... le : |__|__|__|__|__|__|
Signature, cachet, nom et fonction du signataire

5, Terrasses de l'Agora
91034 Évry-Courcouronnes Cedex
Tél : 01 60 79 47 47
Email : irfase.idf@irfase.com
www.irfase.fr

AGIRFASE Association Gestionnaire de l'IRFASE
N° de déclaration d'existence : 11 91 07 795 91
Siret : 383 620 390 00039 • APE : 8559A
Avec le soutien de la Région îledeFrance