

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION FIF-PL

Madame

Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

N° d'identification figurant sur la feuille de soins : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail obligatoire : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Souhaite participer à l'action de formation FIF-PL Titre du programme :

Date : _____ Lieu : _____

Fait à _____ le _____

Signature obligatoire

Ce bulletin doit être accompagné de :

- Une feuille de soins barrée.
- Une attestation de versement URSSAF à la formation continue, à imprimer depuis votre compte sur le site : www.urssaf.fr

Merci de renvoyer ce bulletin à :

**INFCI
9 rue Bézout
75014 PARIS**

Tél. : 01 55 28 35 87 – infc@infc.fr – site : www.infc.fr