

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Souscripteur :

Nom, Prénom ou Organisme

Complément

Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail

Contact formation Mme M. Tél.

Stagiaire(s) :

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap , peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap , peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.				
Identification du Besoin de formation			Identification de Besoins spécifiques en matière d'accessibilité	
<input type="checkbox"/> Mieux exercer le métier <input type="checkbox"/> Evoluer dans l'emploi <input type="checkbox"/> Préparer une reconversion <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap-PSH (M. Jean-Charles Le Masson, Référent Handicap , peut être contacté aux numéros de téléphone et adresses e-mail figurant en bas de page pour envisager toute adaptation des modalités de formation)	

Si une Convention de Formation est à établir, complétez le cadre ci-dessous :

Organisme/Entreprise

Complément

Signataire de la convention Mme M. Fonction :

Adresse

Code postal Ville

Date, Lieu/Mode : (cochez la session choisie)

<input type="checkbox"/> 21 & 22 nov. + 16, 17 & 18 déc. 2024	<input type="checkbox"/> 16 & 17 sept. + 21, 22 & 23 oct. 2024
<input type="checkbox"/> En PRESENTIEL à l'ISGT (Paris 17 ^e)	<input type="checkbox"/> En PRESENTIEL chez IMaJIS (Lyon 3 ^e)
<input type="checkbox"/> En DISTANCIEL (visioconférence)	<input type="checkbox"/> En DISTANCIEL (visioconférence)

Durée : 7 heures par jour, soit **35 heures** pour les 5 jours choisis Horaires : 9h00 – 12h30 puis 13h30 – 17h00

Objectif : Perfectionnement des connaissances Contenu : (Voir descriptif)

Prix : **2.170 € par stagiaire** pour les 5 jours

Conditions générales : Le prix ne comprend pas de TVA, conformément aux dispositions de l'article 261 du Code général des impôts. La facture sera payable à réception, par chèque ou virement. Toute somme non réglée à échéance donnera lieu à intérêt au taux de 1% par mois. La formation s'entend pour 4 jours. En cas de désistement moins de sept jours calendaires avant le démarrage de la formation, un dédit de 50% du montant total de la formation prévue sera dû. En cas d'abandon en cours de formation, les heures suivies seront dues ainsi qu'un dédit de 50% des heures non prises.

Date Signature Stagiaire ou Employeur (Nom et Qualité + Cachet) :

Renvoyer ce formulaire à IMaJIS. Merci.

ISGT et IMaJIS sont des organismes de formation certifiés Qualiopi dans la catégorie « Actions de formation »