

# DEMANDE D'INSCRIPTION

Remplir un exemplaire par participant

A retourner à [formation.md17@charente-maritime.fr](mailto:formation.md17@charente-maritime.fr)



Nom de la formation :

Lieu de formation :

Date(s) de formation :

Structure : .....

Adresse : .....

Fonction(s) : .....

Statut :  Salarié  Bénévole  Elu  Autre : .....

Mme  M. NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Tél. professionnel : ..... Tél. personnel : .....

Adresse mail : .....

*Les formations sont prises en charge par le Département de la Charente-Maritime. Il est donc nécessaire que le stagiaire s'engage à suivre l'intégralité de la session de formation ou rencontre.*

- J'autorise le Département de la Charente-Maritime à conserver mes coordonnées pour une période de 2 ans afin de recevoir d'éventuelles invitations à de futures manifestations.**

Date :

Date :

Signature du demandeur

Signature de la tutelle

Cadre réservé au Département de la Charente-Maritime :

Commentaire(s) :