

## Formation PERMIS DE FORMER – 2 jours /// FAFIH ACTION DE BRANCHE

*L'inscription sera ferme et définitive dès réception du règlement complet de 420 € HT (504 € TTC) à l'ordre d'UMIH FORMATION*

Dates de la formation : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Mme  Mlle  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél. (fixe et portable) : \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence \* : \_\_\_\_\_

Code postal \* : \_\_\_\_\_ Localité \* : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Prise en charge :  oui  non Organisme de prise en charge : \_\_\_\_\_

*En cas de demande de prise en charge, les délais de réponse sont variables suivant les organismes financeurs.*

Statut du participant (salarié, chef d'entreprise salarié/ non salarié) : \_\_\_\_\_

### SI VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE, POUR LA CONVENTION ET LA FACTURATION, merci de bien vouloir compléter ces renseignements

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Activité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Code NAF : \_\_\_\_\_ Nombre de salariés : \_\_\_\_\_

Adhérent UMIH :  oui  non N° Adhérent FAFIH : \_\_\_\_\_

Nom / prénom du responsable de formation : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

M..... reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de vente qui lui ont été remises avec le bulletin d'inscription.

Fait le : ..... à : .....

Lu et approuvé (*en manuscrit*)  
Signature du stagiaire

**Signature obligatoire** du responsable ou directeur  
de l'établissement et cachet (si financement par l'entreprise)

Le règlement intérieur est consultable à tout moment sur le site Internet d'UMIH Formation.