

# FICHE D'INSCRIPTION FORMATION

ASSOCIATION APPORT SANTE

Déclaration d'activité : 93 13 10 923 13

**FORMATION SOUHAITEE :** \_\_\_\_\_

**DATES SOUHAITEES :** \_\_\_\_\_ **LIEU :** \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE :**  M.  Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ N°ADELI : \_\_\_\_\_

Adresse d'exercice principal (si différente de l'adresse personnelle) : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**MODE DE FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

DPC  FIF-PL  OPCO (préciser lequel) : \_\_\_\_\_

Fonds propres  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Votre inscription sera effective après réception de la fiche d'inscription complétée et du versement d'un acompte d'un montant de 500€ (par virement ou par chèque à l'ordre d'Apport Santé).**

**VERSEMENT DE L'ACOMPTE PAR:**  CHEQUE  VIREMENT

*Fiche + chèque d'acompte à retourner à :*  
**APPORT SANTE- Pôle formation**  
**350, Avenue J.R. Guilibert Gauthier de la Lauzière**  
**13 290 AIX EN PROVENCE**

*Ou par mail : [formation@apport-sante.org](mailto:formation@apport-sante.org)*

**LIBELLE VIREMENT : ACOMPTE FORMATION ETP**

IBAN :

BIC :

Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
RIB	30004	00601	00010153488	21 AIX VAL DURANCE (00601)

**Le :** \_\_\_\_\_ **A :** \_\_\_\_\_

**Signature :**

Nos formations sont ouvertes aux personnes en situation de handicap.  
 Merci de prendre contact avec notre référent handicap pour la faisabilité de votre projet de formation.  
**Référent handicap APPORT SANTE : [maryline.borel@apport-sante.org](mailto:maryline.borel@apport-sante.org)**

**Pour tout autre renseignement, n'hésitez pas à contacter le service formation d'APPORT SANTE :**  
**Tél : 04 42 642 642 - Fax : 04 42 50 97 89 - Mail : [formation@apport-sante.org](mailto:formation@apport-sante.org)**