





## Bulletin d'inscription

Merci de nous renvoyer le bulletin d'inscription au moins 7 jours avant le début de la formation, accompagné du règlement qui validera votre inscription.

### **Je m'identifie**

---

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone :

N° de mobile :

E-mail :

@

### Situation professionnelle

---

Salarié(e)

Si oui, êtes-vous en contrat de professionnalisation ?

Demandeur d'emploi bénéficiant d'un financement public

### **Financement de la formation**

---

A titre individuel

Par l'employeur

Nom et adresse de l'employeur et coordonnées de la personne à contacter :

### Règlement

---

Je joins un chèque de ..... € qui valide mon inscription à la formation de base  
« *Sport Santé : Prise en charge des pratiquants atteints de maladies chroniques* ».

### **Date et signature**

---

Fait à ....., le ...../..... / 2014