



Bulletin d'inscription formation
(un bulletin par personne)

NOM ET REFERENCE DE LA FORMATION

.....

DATE

.....

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

Tél :

CONTACT ADMINISTRATIF/RH

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

Tél :

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

SIRET :

Adresse :

.....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

La formation sera prise en charge par :

L'entreprise Un OPCA Le CPF Autre

(merci de nous adresser les documents de prise en charge dès que vous les obtenez)

Adresse de facturation :

.....

.....

Fait à le.....

Signature (nom, fonction, cachet)

Merci de renvoyer ce document à : administration@aquaf luence.fr ou par courrier ou par fax

N° de déclaration d'activité d'organisme de formation : 11 75 46759 75



AQUAFLUENCE S.A.R.L. au capital de 10000 €

5 rue des Vignes - 78220 Viroflay - Tél : 01 39 54 52 02 - Fax : 01 39 54 52 05

SIREN 484 166 558 RCS Versailles - SIRET 484 166 558 00037 - TVA FR 55 484 166 558