

À adresser  
à l'IREFE

# DEMANDE D'INSCRIPTION

**DATE ET SIGNATURE DU STAGIAIRE  
OBLIGATOIRE**

**CACHET DU FINANCEUR  
OBLIGATOIRE**

**irefe**

SE FORMER POUR AGIR

INSTITUT RÉGIONAL D'ÉTUDES,  
DE FORMATION ET D'EXPERTISES

78 rue de Crimée 75019 PARIS  
T. 01 42 03 05 05  
contact@irefe.fr

WWW.IREFE.COM



## STAGIAIRE (VOUS)

NOM

PRÉNOM

EMAIL

TÉL. PORTABLE

TÉL. PROFESSIONNEL

ADRESSE PERSONNELLE

CODE POSTAL

VILLE

ENTREPRISE

CODE POSTAL

VILLE

## FORMATION

FORMATION CHOISIE

DATE CHOISIE

## AFIN DE MIEUX VOUS CONNAÎTRE

VOTRE DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FEMME  HOMME

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE FORMATION DE L'IREFE ?  OUI  NON

ACTUELLEMENT, VOUS ÊTES :

EN EMPLOI  DEMANDEUR D'EMPLOI  RETRAITÉ  CADRE  FONCTIONNAIRE

ET VOUS EXERCEZ UN MANDAT DE :

CSE - 50 SALARIÉS  CSE 50 À 299 SALARIÉS  CSE + 300 SALARIÉS  REP. PROXIMITÉ  COMM. SSCT

CHSCT  CAP  CT  CTE  DS  SECRÉTAIRE DE SECTION

AUTRE, À PRÉCISER \_\_\_\_\_

## FINANCEMENT

LE COÛT DE VOTRE FORMATION EST FINANCÉ PAR

L'ENTREPRISE N° SIRET :

LE CSE LE SYNDICAT AUTRE, PRÉCISEZ :

COÛT DE LA FORMATION

## DESTINATAIRE DE LA FACTURE ET DE LA CONVENTION DE FORMATION

RAISON SOCIALE

NOM ET PRÉNOM

FONCTION \_\_\_\_\_

EMAIL DE CONTACT \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE

ADRESSE

**TOUTE INSCRIPTION NE SERA DÉFINITIVE QU'UNE FOIS LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ARRÊTÉES**

VOTRE SYNDICAT \_\_\_\_\_

si vous êtes **ADHÉRENT-E CFDT**, indiquez votre NPA :

/