

BULLETIN D'INSCRIPTION

FONDATION LEONIE CHAPTAL- FORMATION CONTINUE

À retourner accompagné des pièces justificatives à : formation.continue@fondation-chaptal.fr



ACTION DE FORMATION SOUHAITEE

Intitulé :

Dates :

PARTICIPANT

M. Mme NOM : Prénom :

NOM de naissance : Né(e) le :

à : Département : Pays :

Adresse :

Ville : Code Postal :

E-mail (**obligatoire**) : Téléphone :

Profession : N°RPPS/ADELI :

ETABLISSEMENT / CONTACT ADMIN - RH

Établissement : N° SIRET :

Adresse :

Ville : Code Postal :

E-mail (**obligatoire**) : Téléphone :

Interlocuteur : Fonction :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Employeur OPCO Autofinancement Je ne sais pas

Si prise en charge établissement ou OPCO :

Établissement : N° SIRET :

Adresse de facturation :

Responsable :

DONNEES

Je soussigné(e) atteste avoir lu et accepté les conditions liées à l'usage de mes données dans le cadre de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel (RGPD) – [cliquez ici](#). Vous pouvez à tout moment modifier l'usage de vos données et exercer vos droits en envoyant un e-mail à l'adresse dpo@fondation-chaptal.fr

Fait à :, le

Signature (nom, fonction, cachet) :