



## BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner complété à SANTE FORMAT SUD 76 rue Garance Bâtiment Actys 3 - 31670 LABEGE

Titre et référence de la formation: .....

Dates de sessions souhaitées : .....

Mode Intra  Inter

Nom de votre établissement.....

Nom de votre DRH ou responsable de formation .....

Adresse : .....

..... Code Postal : ..... Ville.....

Téléphone ..... poste.....

E mail .....@.....

### Liste des participants à inscrire

NOM	PRENOM	PROFESSION	DATE DE NAISSANCE	N° ADELI RPPS

Fait le ..... à .....

Signature et cachet :