

# STAGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE BULLETIN D'INSCRIPTION À TITRE PROFESSIONNEL

CODE STAGE :  
INTITULE du STAGE :  
DATES de la SESSION :

Mme  M. NOM :

PRÉNOM :

Adresse professionnelle :  
Complément d'adresse :  
Code postal  
Pays :  
Tél. fixe :

Ville :

Mobile :

E-mail (en majuscules) indispensable pour confirmation inscription et informations :

Profession :

Activité : salariée  libérale  mixte

ou association / organisme représenté(e) :

Champ d'exercice :

Santé - Sanitaire  Education  Médico-Social  Association

Recherche-Enseignement sup.  Formation

Autres  (merci de préciser)

**DROITS et TARIFS D'INSCRIPTION :** Promotions -25% jusqu'au 10/07/2020

stage 1 jour

stage 2 jours

stage 3 jours

240 €  Promo 180€

450 €  Promo 338€

675 €  Promo 506€

TOTAL : \_\_\_\_\_ €

**RÈGLEMENT :**

Une convention sera adressée à l'employeur pour la prise en charge. Un règlement partiel par chèque ou par virement sera demandé à réception de la facture correspondant à la formation délivrée.

Date et signature

Merci d'envoyer ce bulletin complété, daté et signé :

- par internet à : [contact@appea.org](mailto:contact@appea.org)

- par courrier postal à :

APPEA Formation continue  
19, rue Damesme 75013 PARIS

Tél : 07 82 75 28 84 - E-mail : [contact@appea.org](mailto:contact@appea.org)