



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Organisme de formation n° 11 75 020 58 75

Intitulé de la session de formation :

Intitulé de la conférence :

Intitulé de la journée d'étude :

Intitulé du colloque :

Veillez préciser, si cette option vous est proposée, votre souhait :

En présentiel

En distanciel :

Date(s) :

Une convention de formation vous sera adressée dès la confirmation de votre inscription.

PARTICIPANT

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél. :

E-mail* :

**Obligatoire : les convocations sont envoyées par e-mail exclusivement*

Adresse postale* :

Code postal :

Ville :

** Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir un éventuel courrier*

J'autorise la LFSM à utiliser mon adresse courriel pour recevoir les informations concernant ses activités : OUI NON

J'autorise la LFSM à enregistrer la conférence ou session de formation à laquelle je participe : OUI NON



EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :

Nom, prénom et fonction de la personne habilitée à signer la convention de formation :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tél. :

E-mail :

Coordonnées du service comptable :

Date d'inscription et Signature

Merci de bien vouloir envoyer votre demande d'inscription dans les meilleurs délais, au plus tard un mois avant la date de début et de préférence par mail : Pôle Formation/LFSM. 11, rue Tronchet, 75008 Paris, ou par mail pole.formation@lfsm.fr

NE PAS OUBLIER DE REMPLIR CETTE PARTIE DE LA FICHE D'INSCRIPTION. MERCI !

Mon activité professionnelle actuelle :

.....

Ma connaissance de la thématique abordée lors de la session de formation :

.....



Mes attentes pour cette session de formation

Je confirme avoir pris connaissance « du Livret d'accueil du stagiaire » et du « Règlement intérieur de la LFSM ».

Je suis concerné(e) par une situation de handicap et je souhaite être contacté(e) pour aménager les conditions de la formation

La Ligue Française pour la Santé Mentale est soucieuse d'accueillir au mieux tous les publics et porte une attention particulière aux personnes en situation de handicap.

Si vous êtes concerné, prenez attache avec notre secrétariat :
Par courriel pole.formation@lfsm.fr ou téléphone : 01 42 66 20 70

Nom et prénom
Date et signature

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce document.
Ces éléments seront transmis au formateur.

La LFSM.