Formulaire de Pré-inscription

Formation Certibiocide Désinfectants

Pour vous inscrire à la formation, veuillez remplir ce formulaire.

Coordonnées de l’entreprise :

Raison sociale :

Adresse postale :

Ville : Code postal :

**Nom du signataire de la convention :**

**Destinataire de la facture :**

Nom/prénom : Email :

**Quels sont vos besoins / attentes pour cette formation ?**

**Informations personnelles des futurs stagiaires :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Email | Téléphone | Besoins spécifiques liés à une situation de handicap |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Merci de remplir correctement et complètement ce tableau afin que nous puissions préparer votre future formation.

**Nom du distributeur de produits d’entretien :**

 Date :

 Signature :