

CAMPUS DES MÉTIERS DE L'IMAGE ET DU SON

BULLETIN D'INSCRIPTION

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Emploi actuel :

Diplômes :

Adresse personnelle :

Code postal

Ville

Pays :

Téléphone :

E-mail :

FORMATION CHOISIE

Intitulé / Name :

Dates :

Pourquoi souhaitez-vous suivre cette formation ?

SITUATION DE HANDICAP

Êtes-vous en situation de handicap ?

Si oui, avez-vous besoin d'un aménagement spécifique pendant la formation ?

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

TYPE DE FINANCEMENT CHOISI

➤ Financement personnel (hors CPF) :

➤ Mon compte formation (CPF) :

Montant :

➤ France Travail – notez votre n° demandeur d'emploi et la zone géographique de votre agence de référence :

- Entreprise :
 - Raison sociale :
 - Adresse :
 - Code postal :
 - Ville :
 - Pays :
 - N° SIRET :
 - Contact (NOM et Prénom) :
 - Téléphone :
 - E-mail :

- Prise en charge par un OPCO, lequel :

RECUEIL DES BESOINS DU COMMANDITAIRE

Quels sont les objectifs et besoins spécifiques que vous souhaitez atteindre à travers cette formation ? *(Merci de préciser les compétences à développer, les enjeux professionnels ou les résultats attendus.)* »

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date : ___ / ___ / 20__

Signature du demandeur :

Ces informations sont nécessaires pour traiter votre demande. Elles sont enregistrées dans notre fichier de clients et peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de notre service clientèle.

Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées à des fins de prospection, veuillez cocher la case :