



Formation choisie

Intitulé du stage

Dates

Vos coordonnées

Nom et prénom Fonction

Adresse

Téléphone Fax E-mail

Les coordonnées de votre employeur

Dénomination

Adresse

Téléphone Fax E-mail

Financement de la formation

Par l'employeur au titre de la formation continue (cochez la case correspondante) :

- Plan de formation
- Par l'employeur sur autre budget
- A titre individuel

Date

Cachet et signature de l'employeur

Signature du stagiaire



INSTITUT DE FORMATION, RECHERCHE, ANIMATION, SANITAIRE ET SOCIAL

2 bis, rue Émile Pelletier - BP 4.4777 • 31047 Toulouse Cedex 1 • Tél. 05 34 63 89 35 • Fax 05 34 63 89 42

Site Internet : www.ifrass.net | E-mail : secretariatfc@ifrass.fr