

# Programme Régional de Professionnalisation

## des acteurs sur le handicap 2016 FICHE D'INSCRIPTION

### CANDIDAT A LA FORMATION

NOM : .....

Prénom : .....

Fonction actuelle : .....

Adresse Mail : .....

Téléphone professionnel : .....

Employeur : .....

Département :  33  24  47  40  64  Autre :

**Principal type d'activité de la structure :**  Organisme de formation  CFA

Prescripteurs de formation  Structure médico-sociale, préciser : .....

Autre, préciser : .....

*Afin que cette formation soit accessible à tous, nous invitons les personnes qui ont besoin d'aménagements à nous contacter directement.*

### ACTION DE FORMATION : compléter une fiche par action

Intitulé : .....

Lieu : .....

Dates : .....

Merci d'envoyer cette fiche dûment complétée à l'adresse mail suivante :  
[formation@srfph-aquitaine.fr](mailto:formation@srfph-aquitaine.fr)

*Une confirmation de votre pré-inscription vous sera adressée dès réception.*

*La confirmation définitive d'inscription vous sera adressée ultérieurement par le centre de formation animant l'action dont les couts pédagogiques sont pris en charge par :*