



BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> ENTREPRISE / Raison sociale : N° SIRET : Représenté par : En qualité de : Adresse : Ville / CP : Tel : Mail : STAGIAIRE 1 – NOM/Prénom STAGIAIRE 2 – NOM/Prénom STAGIAIRE 3 – NOM/Prénom STAGIAIRE 4 – NOM/Prénom	<input type="checkbox"/> PARTICULIER / Nom Prénom : Adresse : Ville / CP : Tel : Mail : STATUT : <input type="checkbox"/> Salarié(e) CDI <input type="checkbox"/> Salarié(e) CDD <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Etudiant(e) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
---	--

FORMATION(S) ENVISAGEE(S)	
NOS FORMATIONS	LES DATES SOUHAITEES (à préciser)
<input type="checkbox"/> INITIATION POSE ADHESIVE	
<input type="checkbox"/> POSE ADHESIVE ET VITROPHANIE	
<input type="checkbox"/> COVERING NIVEAU 1	
<input type="checkbox"/> COVERING NIVEAU 2	
<input type="checkbox"/> REVETEMENT ARCHITECTURAL	
<input type="checkbox"/> POSE ADHESIVE SUR SURFACES PLANES ET COURBES (Vitrophanie, Covering, Revêtement Architectural)	

Fait à : Date :/...../.....