

BULLETIN PRE INSCRIPTION

ENTREPRISE / Raison sociale

N° SIRET

Représenté par

En qualité de

Adresse

Ville / Code Postal

Tél

Mail

STAGIAIRE 1 / Nom Prénom

STAGIAIRE 2 / Nom Prénom

STAGIAIRE 3 / Nom Prénom

STAGIAIRE 4 / Nom Prénom

PARTICULIER / Nom Prénom

Adresse

Ville / Code Postal

Tél

Mail

STATUT Salarié(e) CDI Salarié(e) CDD

Demandeur d'emploi Etudiant(e)

Autre (à préciser)

FORMATION

| FORMATION | DUREE | DATE SESSION SOUHAITEE (à préciser) |
|------------------------------|---------|-------------------------------------|
| COVERING 1 | 3 jours | |
| COVERING 2 | 2 jours | |
| POSE ADHESIVE ET VITROPHANIE | 4 jours | |
| REVETEMENT ARCHITECTURAL | 3 jours | |
| INITIATION POSE | 1 jour | |

Fait à **Date**

Signature