**Formation souhaitée :**

**Avez-vous déjà suivi une formation à l’IRDTS ?** [ ]  Oui  [ ]  Non

**Coordonnées du participant**

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de Naissance (si différent) :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Adresse complète :

Téléphone Fixe / Portable :

Adresse e-mail :

Statut (salarié, demandeur d’emploi…) :

Fonction :

Présentez-vous une situation de handicap nécessitant une adaptation technique et/ou pédagogique :

 [ ]  Oui  [ ]  Non

**Coordonnées Employeur**

Raison sociale :

Nom du représentant, signataire de la convention :

Adresse complète :

Nom et fonction de la personne à contacter :

Téléphone Fixe / Portable :

Adresse e-mail :

**Financement**

[ ]  Particulier [ ]  Employeur [ ]  Autre(s) financement(s), précisez :

**Adresse de convention et facturation si différente (ex. siège social, OPCO, etc.)**

**Le client déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter**

Fait à , le

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du participant** *Lu et approuvé* | **Signature du responsable et cachet de l’employeur** * *Le cas échéant -*

*Lu et approuvé* |