



**BULLETIN D'INSCRIPTION à compléter et à retourner à :**  
**Cabinet METROL • 44, rue de La Quintinie - 75015 PARIS**  
**Tél. : 01 40 45 33 40 • Fax : 01 40 45 33 44 • E-mail : philippe.rocher@metrol.fr**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Société ou organisme : \_\_\_\_\_

Service ou Département : \_\_\_\_\_

Fonction du candidat : \_\_\_\_\_

Formation ou qualification : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : n°, voie : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Contact Formation / Fonction : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : n°, voie : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Contact Facturation / Fonction : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

N° de TVA Intracommunautaire : \_\_\_\_\_

Précisez votre activité (ou projet professionnel) et vos attentes vis-à-vis de ce stage :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et des modalités d'inscription figurant sur la plaquette de la session.

Signature du  
candidat :

**Photo à envoyer  
par email**  
( Réalisation d'un  
trombinoscope  
des participants )

Signature du responsable et  
cachet de l'organisme :

A: \_\_\_\_\_

Le: \_\_\_\_\_