

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

Date souhaitée en priorité : \_\_\_\_\_ Seconde option : \_\_\_\_\_

NOM, prénom : \_\_\_\_\_

Société ou organisme : \_\_\_\_\_

Service ou Département : \_\_\_\_\_

Fonction du stagiaire : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Contact Formation : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

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

Adresse de facturation : Société : \_\_\_\_\_

n°, voie : \_\_\_\_\_

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

Contact Comptabilité : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**N° de TVA Intra (obligatoire) :** \_\_\_\_\_

A compléter par le stagiaire : précisez votre activité actuelle (ou votre projet professionnel) et vos attentes concernant cette formation :

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

Signature du stagiaire :

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

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

**Photo à envoyer par e-mail**  
*( Réalisation d'un trombinoscope des participants )*

Signature du responsable, ou du Service Formation, ou du Service RH, et cachet de l'organisme :