



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 : _____

activité, act
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 :

A compléter par le stagiaire : remarques ou besoins spécifiques (handicap, accessibilité, allergies, régime, autre contrainte...) :

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 :