

OBJECTIF(S) DE LA FORMATION DEMANDEE : _____

Catégorie professionnelle et nombre de stagiaires (25 personnes maximum): _____

Formation(s) déjà suivie(s) par les stagiaires présents : _____

Avec quel(s) organisme(s) ou formateur(s) : _____

MODALITÉS D'ORGANISATION

Lieu de la formation : _____ Salle : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Matériel pédagogique sur place : Ordinateur Ecran Vidéoprojecteur
 Paperboard et feutres Hauts parleurs

Possibilité de restauration sur place ? Oui Non

FAIT A : _____ **LE :** _____

SIGNATURE* : (Cachet de l'établissement et signature obligatoire du Directeur)

*En signant, j'accepte les conditions suivantes : la réforme RGPD entre en vigueur le 25 mai 2018 au sein de l'Union Européenne. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par le CRA Midi-Pyrénées. Pour exercer ce droit, il vous suffit d'adresser un courrier postal. Les données personnelles vous concernant, recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription sont utilisées par le CRA MP uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les coûts d'inscription sont nets et ne sont pas assujettis à la TVA.

Bulletin à retourner complété et signé :

Par email : formation@cra-mp.info

Par courrier : Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées - Hôpital la grave – Place Lange
TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9