

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Organisme de formation n° 11 75 020 58 75

Intitulé de la formation :

Dates :

Matinée / Après-Midi / Journée entière

Conférence seule / Conférence avec livre

Financement individuel / Financement par l'employeur (convention de formation)

Vos attentes :

PARTICIPANT

Mme M. Nom : Prénom :

Fonction :

Tél. : E-mail* :

** Obligatoire : les convocations de stage sont envoyées par e-mail exclusivement*

Adresse* :

Code postal : Ville :

** Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir un éventuel courrier*

EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Date d'inscription et Signature

Merci de bien vouloir envoyer votre demande d'inscription à la Ligue Française pour la Santé Mentale par courrier au Pôle Formation/LFSM, 11 rue Tronchet, 75008 Paris, ou par mail pole.formation@lfsm.fr

