

**Référent de parcours Santé Social  
*certification professionnelle UNAFORIS***

BULLETIN D’INSCRIPTION 2023

N° d’existence : 82691081969 Enregistré auprès de la Préfecture du Rhône

Intitulé formation : ...................................................................................................................................................................

Site formation : .............................................................................. Date formation : ……........................

Nom et prénom : ......................................................................................................................................

Date de naissance : .................................................................................................................................

Adresse professionnelle (ou personnelle si paiement individuel) : ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Code postal et ville : ...............................................................................................................................

Tél : ........................................................................................... Mail : ....................................................

Fonction occupée : ......................................................................................................................

Raison sociale et adresse complète :

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................Nom et fonction de la personne chargée du suivi de l’inscription : ..........................................................

Tél : ......................................................... Mail : ......................................................................................

Nom et fonction du signataire de la convention de formation : ................................................................................................

Fait à : ......................... Le............................................. Signature stagiaire

Signature et cachet employeur

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE EMPLOYEUR Coût formation :

vous même votre employeur Autre organisme OPCO précisez

Bulletin à retourner par mail en version scannée à : [poly.mary-laure@enseis.fr](mailto:poly.mary-laure@enseis.fr) ou par courrier : ENSEIS, 1 boulevard du Fier, 74000 Annecy