

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE FORMATION**A RETOURNER A L'ADRESSE adat@adat-doubs.fr*****Ce bulletin signé vaut engagement et confirmation d'inscription******Une convocation vous sera adressée par mail environ une semaine avant la formation***

Collectivité

Adresse

Tél

Adresse mail pour l'envoi des convocations

Inscription 1

Nom/Prénom de l'agent

Formation demandée

Inscription 2

Nom/Prénom de l'agent

Formation demandée

Inscription 3

Nom/Prénom de l'agent

Formation demandée

TOTAL AGENTS INSCRITS**Nombre de ½ journée à 115 € HT****Nombre de journée à 230 HT****TOTAL HT****Fait à****Le****Le responsable, Nom/Prénom et qualité****Signature**