

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

La date limite d'inscription est fixée à 8 semaines avant le démarrage de la formation.  
Avant toute inscription vérifiez que la session n'est pas déjà complète via notre site internet.



### IDENTITE

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	Nom de naissance* :
N° CAFAT* :		Nom marital :
Né(e) le* :		Prénoms* :
mobilité réduite ou autre handicap méritant d'être signalé <input type="checkbox"/>		



### SITUATION PROFESSIONNELLE



Employeur* :	
Direction ou service* :	
Emploi occupé :	Commune du lieu de travail :
Courriel :	Tel. :
Statut* : <input type="checkbox"/> contractuel <input type="checkbox"/> fonctionnaire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> élu	Catégorie* : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> sans



### FORMATION

Code formation* :	Intitulé précis* :
Session n° :	Dates* :
Vous pouvez préciser un second choix de date à laquelle vous serez inscrit automatiquement si le premier choix ne peut être pris en compte (session complète ou annulée)	
Session n° :	Dates :

Vos objectifs et motivations à suivre cette formation :

 <b>SITUATION ADMINISTRATIVE (à compléter par l'employeur)</b>	
Entité d'affectation* :	
Entité rémunérant l'agent* :	
Entité de facturation de la formation (1):	
<i>(1) à compléter si entité différente de celle rémunérant l'agent</i>	
Ces informations sont indispensables afin de prendre en compte la demande d'inscription	
 <b>SIGNATURES et VALIDATION *</b>	
Signature du stagiaire Date :	Visa DRH Date :
Signature du responsable hiérarchique Date :	
DIVERS/COMMENTAIRES	
Réservé IFAP	
Inscription enregistrée le :	
Par :	

\* champ obligatoire