

Gestion technique et administrative

○ Formation initiale (2 jours)

○ Formation continue (1 jour)

Civilité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Code postal :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Portable :

Mail :

Coordonnées de la société ou de l'établissement pour lequel Madame, Monsieur, suit la formation :

Nom de la société ou de l'établissement :

Nom de l'exploitant :

Adresse de la société ou de l'établissement :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mail :

Dates et lieu de formation retenue :

Dates :

Lieu :

Qualification ou titre :

- Exploitant
- Représentant de l'exploitant
- BAFM
- Psychologue
- BAFCRI

Le,
Signature