

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Organisme de formation n° 11 75 020 58 75

Intitulé de la formation :

.....

Dates :

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 au plus tard un mois avant le début du stage 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