



**BULLETIN
D'INSCRIPTION**

Nom Prénom

Adresse du domicile

Code postal Ville Tél

Je m'inscris au stage intitulé :

.....

Dates

Profession

Avez-vous déjà participé à un stage de A.I.R. ? Oui Non

Si oui, lequel

Comment avez-vous connu les stages de A.I.R. ?

Ci-joint un acompte de 80 €

Raison sociale de l'établissement

Service

Adresse

Code postal Ville Tél

Nom de l'organisme collecteur au titre du plan de formation

.....

Date

Signature et Cachet de l'employeur

Une convention de formation peut vous être adressée
(Nom du Directeur d'Etablissement)

A retourner à :
Association **A.I.R.**
6 boulevard Diderot
25000 BESANCON
Tél : 03.81.50.00.44
Fax : 03.81.88.79.18

N° Formation
continue :
43 25 00 34 225