## **BULLETIN D'INSCRIPTION**



A retourner à ANDICAT : andicat@andicat.org

Nom: Fonction:			référente de la j Prénom :		
Adresse de l'	établissement	: N° Les fo	Rue : ondamentaux pour le	es professionnels	d'ESAT
CPTéléphone :	nnées du re	présentan	t l <b>égal de la stru</b> Prénom :	Région : cture - signataire	0,00 €  devis, convention :
Fonction:			Mail : - stagiaires : E-mail		
			Champs obligatoires		
"audition, wision, e	opression, motriciti	compréhension;	attention, etc.		
(Ne pas compl	éter cette parti	e et ne pas pro	la formation : céder au règlement pou vailleurs d'ESAT»)	r la formation	
La formation	est-elle prise e	n charge par l	OPCO? 🗆 OUI	□ NON	
Si oui, veuillez	renseigner les	champs suiva	nts:		
Nom de l'orga	anisme :				
Adresse :					
Qu'il s'agisse	d'un paiemen	t effectué par	□ Chèque □ Virem r votre OPCO ou par v de la facture soit me	otre établissement	