# BULLETIN D'INSCRIPTION

**A retourner à ANDICAT : andicat@andicat.org**

Intitulé de la formation : .....

Dates de la formation : .....

## • Coordonnées de la personne référente de la formation - contact administratif :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Mail : .....

Établissement : .....

Adresse de l'établissement : N° ..... Rue : .....

.....

CP..... Ville : ..... Région : .....

Téléphone : .....

## • Coordonnées du représentant légal de la structure - signataire devis, convention :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....

## • Liste des personnes à inscrire - stagiaires :

Manager une équipe de travailleurs handicapés en ESAT
du 04/10/2021 au 05/10/2021 460,00 €

| Nom | Prénom | Fonction | E-mail | N° téléphone | Difficultés éventuelles* |
|---|---|---|---|---|---|
| Champs obligatoires | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*audition, vision, expression, motricité, compréhension, attention, etc.

## • Financement et paiement de la formation :

**(Ne pas compléter cette partie et ne pas procéder au règlement pour la formation «Adapter ses pratiques managériales aux travailleurs d'ESAT»)**

**La formation est-elle prise en charge par l'OPCO ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez renseigner les champs suivants :

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Si non, quel sera le mode de paiement :** ☐ Chèque ☐ Virement

**Qu'il s'agisse d'un paiement effectué par votre OPCO ou par votre établissement, merci de bien vouloir faire le nécessaire afin que le n° de la facture soit mentionné sur l'ordre de virement.**

**Pour tout règlement par virement :** Crédit coopératif - Maison Alfort
RIB : 42559 10000 08003746145 06 - IBAN : FR76 4255 9100 0008 0037 4614 506 - BIC : CCOPFRPPXXX

Forme Communication - Crédits photos : Adobe Stock