

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### CONSEILLER L'AROMATHÉRAPIE – 19 et 29/11/2018

<u>L'ENTREPRISE</u> (joindre un chèque de 30€* à l'ordre de l'ASFOSSS PACA pour le plateau repas)		
Raison sociale :		
SIRET :		
Adresse :		
Nom et prénom du titulaire :		
Téléphone :		Fax :
Email :		
<u>LE STAGIAIRE</u> : (joindre le dernier bulletin de salaire)		
Nom et Prénom :		Nom de jeune fille si différent :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Tél. portable :		
Email :		
Fonction :		
Année d'obtention du BP préparateur en pharmacie :		Dans quel CFA :
Souhaite participer à la formation avec demande de prise en charge ACTALIANS		
<b>Conseiller l'aromathérapie</b>	<b>19 et 29/11/2018</b>	Durée : 14h
Joindre à la demande :		
<input type="checkbox"/>	<b>Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'ASFOSSS PACA d'un montant de :</b> Frais annexe pouvant être pris en charge par Actalians	30 €
<input type="checkbox"/>	<b>Dernier bulletin de salaire</b>	

Fait à

Le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise et cachet