

# BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au **SDOP-Formation**,  
34 rue Périer 92120 MONTROUGE  
Courriel : sdop.formation@orange.fr

**Nom Usuel :** \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse à laquelle vous désirez recevoir les courriers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse professionnelle si différente

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Mode d'exercice : libéral salarié mixte (préciser le cadre dans lequel le stage est effectué)

Année d'obtention du diplôme : \_\_\_\_\_

## Stage auquel vous souhaitez vous inscrire :

Titre : N°. AAAAA - \_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Montant du Stage : \_\_\_\_\_

Vous exercez en libéral :

Vous joindrez à ce bulletin un chèque de 80 euros

Vous exercez à titre salarié :

votre employeur devra remplir la partie inscription d'un salarié au dos de ce présent formulaire

- Précisez les coordonnées de l'employeur qui prend en charge vos frais de participation:

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ fax : \_\_\_\_\_

Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e)..... certifie avoir pris connaissance des conditions d'annulation ou de résiliation.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Inscription d'un stagiaire salarié :**  
à remplir par l'employeur et retourner au **SDOP-Formation,**  
**34 rue Périer 92120 MONTROUGE**  
Courriel : [sdop.formation@orange.fr](mailto:sdop.formation@orange.fr)

Raison sociale de l'établissement :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Coordonnées du service où les documents doivent être renvoyés

\_\_\_\_\_

Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Nom du stagiaire à inscrire : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Nom du stage : N° **AAAA** - \_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Montant du stage : \_\_\_\_\_

Statut de l'établissement : \_\_\_\_\_

Prise en charge des frais au titre de la participation des employeurs :      oui                      non

S'agit-il d'un congé individuel de formation :                      oui                      non

D'une prise en charge dans le cadre de votre plan formation :      oui                      non

D'une autre forme de prise en charge :                      oui                      non

Laquelle ? :

Coordonnées du F.A.F prenant en charge des frais de formation :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature du responsable et cachet de l'établissement

Fait à

le

\_\_\_\_\_  
*Le SDOP-Formation, syndicat professionnel, a opté pour le non-assujettissement à la TVA selon les dispositions la DGI du 3/02/95  
Il a été enregistré sous le N° : 11 92 100 22 92 auprès de la préfecture des Hauts de Seine et autorisée par la DIRECCTE IDF.  
Le SDOP Formation est assuré auprès de la MACSF- n° SIRET : 310 746 383 00044- APE : 9412Z.*

La loi 78-1 1 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès du Sdop-formation.