

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Je soussigné(e) :

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
N° d'adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Souhaite participer à la formation :

Titre	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
Heure	<input type="text"/>

Signature

- Si vous souhaitez inscrire **plusieurs participants**, merci de nous transmettre une liste sur papier libre accompagnée de ce bulletin
- **Si le participant est différent de l'adhérent**, merci de compléter le mandat de représentation par un tiers, au verso



# MANDAT DE REPRÉSENTATION de l'adhérent par un tiers

Je soussigné(e) :

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
N° d'adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Donne mandat à :

Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Si vous souhaitez inscrire **+ de 3 participants**, merci de nous transmettre une liste sur papier libre accompagnée de ce mandat.

**Pour participer à la formation :**

Titre	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
Heure	<input type="text"/>

Signature	<input type="text"/>
-----------	----------------------