|  |  |
| --- | --- |
|  | FICHE INDIVIDUELLE D’INSCRIPTION |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **La date limite d'inscription est fixée à 30 jours avant le début de la formation.**  **Avant de vous inscrire, vérifiez sur le site internet que l’action est bien disponible.** | | | | | |
| **IDENTITE** | | | | | |
| ☐Mme | ☐M | Nom de naissance\* :    Nom marital : | | | |
| N° CAFAT\* : | |
| Né(e) le\* : | | Prénoms\* : | | | |
| Besoin(s) spécifique(s) à nous faire savoir pour faciliter votre formation (accessibilité, PMR…) \*\* ☐ | |
| \*\* Si vous cochez oui, nous vous recontacterons pour identifier de quelle manière y répondre au mieux. | | | | | |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE** | | | | | |
| Employeur\* : | | | | | |
| Direction ou service\* : | | | | | |
| Emploi occupé\* : | | | | | Commune du lieu de travail : |
| Courriel\* : | | | | | Tel. : |
| Statut\* : | | | | | Catégorie\* : |
| ☐contractuel ☐fonctionnaire ☐autre | | | | | ☐A ☐B |
| ☐privé ☐élu | | | | | ☐C ☐sans |
| **FORMATION** | | | | | |
| Libellé de la formation\* : | | | | Code produit : | |
| Action n° \*:  (**Numéro à 4 chiffres figurant sur le site internet**) | | | Dates\* : | | |
| Vous pouvez préciser un second choix de date à laquelle vous serez inscrit automatiquement si le premier choix ne peut être pris en compte (action complète ou annulée) | | | | | |
| Action n° \*:  (**Numéro à 4 chiffres figurant sur le site internet**) | | | Dates : | | |
| Vos objectifs et motivations à suivre cette formation : | | | | | |





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUATION ADMINISTRATIVE (à compléter par l’employeur)** | | |
| Entité d’affectation\* : |  | |
| Entité rémunérant l’agent\* : |  | |
| Entité de facturation de la formation *(1)*: |  | |
| *(1) à compléter si entité différente de celle rémunérant l’agent* | | |
| Ces informations sont indispensables afin de prendre en compte la demande d’inscription | | |
| **SIGNATURES et VALIDATION \*** | | |
| Signature du stagiaire  Date : | | Visa DRH Date : |
| Signature du responsable hiérarchique  Date : | |
| **DIVERS/COMMENTAIRES** | | |
|  | | |
| Réservé IFAP | | |
| Inscription enregistrée le :    Par : | | |

\* champ obligatoire

