|  |  |
| --- | --- |
|  | 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

