

INTITULÉ DE LA FORMATION SOUHAITÉE : \_\_\_\_\_

DATE DE SESSION SOUHAITÉE : \_\_\_\_\_

Bulletin d'inscription

**STAGIAIRE**Bulletin à retourner au plus tard 10 jours avant le début de la formation à la FNCCR

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

COLLECTIVITÉ \_\_\_\_\_ FONCTION \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

EMAIL SERVICE COMPTABILITÉ/RH \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE SIRET \_\_\_\_\_ CODE APE \_\_\_\_\_

ORGANISME PAYEUR (TRÉSORERIE, PAIERIE...) \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ENGAGEMENT OU CODE SERVICE (CF. CHORUS PRO) \_\_\_\_\_

**RECUEIL DES ATTENTES ET DES BESOINS**

Votre inscription à cette formation résulte :

- d'une recommandation de votre hiérarchie
- d'une démarche personnelle

Avez-vous déjà suivi une formation sur cette thématique ?    oui    non

Quelle est votre connaissance sur cette thématique ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conclusion : niveau à l'entrée de la formation :    Débutant    Intermédiaire    Avancé

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de cette formation ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment comptez-vous intégrer la formation dans votre projet professionnel ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

## ENVOI DE CE BULLETIN AU MOINS 10 JOURS AVANT LA FORMATION

## FRAIS D'INSCRIPTION

- Adhérent FNCCR
- Non-adhérent FNCCR  
(non soumis à la TVA, incluant les déjeuners, hors frais de transport et d'hébergement)

## MODIFICATION, ANNULATION DE L'INSCRIPTION

- Toute inscription non annulée 48 heures avant le début de la formation, sera considérée comme due.
- En cas d'empêchement, une personne inscrite peut être remplacée par une autre personne appartenant à la même collectivité ou au même établissement.

## ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Souhaite être contacté pour une demande d'adaptation.

## REPAS (SI PRÉSENTIEL)

Merci d'indiquer votre préférence pour le plateau-repas :

- Poisson
- Viande
- Végétarien

## RÈGLEMENT

Le paiement sera honoré dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la facture.

## DEMANDE D'ATTESTATION DE PRÉSENCE

Souhaite recevoir une attestation de présence établie par la FNCCR :  
oui    non

Je déclare accepter les conditions d'inscription.

Date : \_\_\_\_\_

Signature et cachet de la collectivité ou de l'établissement :

Le traitement de vos données a pour finalité de recueillir les informations nécessaires à votre inscription et de gérer votre participation à la présente formation. En l'absence de ces renseignements, la FNCCR ne pourra donner suite. En qualité de responsable de ces traitements, la FNCCR s'engage à ce que les traitements de données personnelles effectués soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés ». Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, d'effacement et d'opposition sur les données personnelles concernées. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la FNCCR en envoyant un message à l'adresse suivante : [rgpd@fnccr.asso.fr](mailto:rgpd@fnccr.asso.fr) ou par courrier postal à : FNCCR, RGPD, 20 boulevard Latour Maubourg 75007 Paris. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).