

# BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à : l'UNAFTC: 89 à 93 rue Dammémont – 75018 PARIS 01.53.80.66.03  
(Accompagné des frais de dossier)  
Ou par mail [secretariat@traumacranien.org](mailto:secretariat@traumacranien.org)



**Merci d'écrire lisiblement en lettres capitales**

Formation :

Intitulé de la formation choisie : .....

.....

Date : .....

Nom du participant : .....

Nom : s'il y a lieu de l'établissement /service /GEM/ AFTC.....

Fonction dans la structure ou profession .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Mail : .....

Dossier d'inscription suivi par : .....

Téléphone.....

Adhérent à l'UNAFTC : OUI / NON

Date de la formation choisie : .....

Adresse de facturation (si différente de l'adresse de l'établissement/service) .....

.....

Nom de l'établissement .....

Adresse : .....

Code Postal: .....Ville .....

Etes-vous un salarié bénéficiant d'un financement par :

l'employeur       un OPCO       un CPIR

Etes-vous un particulier à vos propres frais ?

Oui

Etes-vous bénévole d'une AFTC et/ou d'un GEM ?

Oui

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter.

Le : .....Nom du signataire : .....

Signature

Cachet de l'établissement/du service