

# FORMATION

## Formulaire d'inscription

**Formation :** Management de la Conception Universelle

Recrutement de personnes handicapées

Date de la formation : .....

Nom – Prénom : .....

Fonction : .....

Société : .....

Activité de la société : .....

Adresse : .....

.....

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

Téléphone : ..... Fax : .....

e-mail : .....

Votre responsable formation :

Nom : .....

e-mail : .....

Date :

Signature

Cachet de la Société