

## Bulletin d'inscription

À retourner à  
**Migrations Santé • Pôle Formation**  
11, rue Sarrette - 75014 Paris  
fax + 33 ( 1 ) 42 33 29 73  
**E-mail** s.pcaud@migrationsante.org  
N° d'agrément formation n°1175.04342.75

Nom .....  
Prénom .....  
Profession .....

**Adresse et téléphone professionnels,**  
si différents de l'adresse employeur :

.....  
.....  
.....

### **Inscription**

**Nom du stage et dates**

.....  
.....  
.....

### **Inscription au titre de la formation continue**

L'employeur procède à l'inscription et reçoit une convention

Raison sociale .....  
Service .....  
Adresse .....  
Code postal .....  
Ville .....  
Téléphone .....  
Fax .....  
Courriel .....

### **Inscription à titre individuel :**

**Nous contacter**

N.B : En cas d'absence non justifiée le règlement de la formation devra être effectué en totalité, voir conditions générales, page 33.

Date, Signature et Cachet de la structure