

# FORMATION MANIPULATION DES EXTINCTEURS

## **IDENTITÉ DE L'AGENT**

Madame  Monsieur

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Métier exercé : .....

## **IDENTITÉ DE LA COLLECTIVITÉ / DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC**

Collectivité / Ets Public : .....

Adresse complète : .....

Nom du responsable formation : .....

Tél. : ..... e-mail : .....

**Eventuelles demandes particulières** (ex : co-voiturage avec collègue X... / pas de formation possible sur période...)

## **Visa de l'autorité territoriale – Maire ou Président(e)**

NOM : .....

Fait le : ...../...../.....

## **Signature et cachet**

Cette action est payante et ce bulletin d'inscription vaut

**BON DE COMMANDE.**

Formation sur 1/2 journée

Tarif = **50,00 € par agent**

**Un délai de prévenance de 2 semaines minimum** devra être respecté pour toute annulation sous peine de facturation, hormis pour les cas de maladie (certificat médical obligatoire).

Les frais de déplacements sont pris en charge par la collectivité.

Contact CDG : Géraldine LEVIER – [geraldine.levier@cdg72.fr](mailto:geraldine.levier@cdg72.fr)