



Association Nationale des Professionnels  
et acteurs de l'Action Sociale,  
médico-sociale et sanitaire en faveur  
de l'Enfance et de la famille

## FORMATION

### Fiche d'inscription

#### STAGIAIRE

M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Année de Naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fonction : .....

E-mail : .....

LE STAGE / CODE

INTITULE : .....

Date : du ..... au .....

Date : du ..... au .....

#### ORGANISME EMPLOYEUR

Dénomination : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Fax : .....

#### ETABLISSEMENT DE FONCTION (si différent)

Dénomination : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Fax : .....

#### LE STAGIAIRE

A..... Le.....

Signature :

#### L'EMPLOYEUR

A..... Le.....

Cachet et Signature :

### Partie réservée à l'association

#### Prise en charge

Chèque joint .....

Attestation de l'employeur jointe ...

Code Client

Code payeur

B.L. n°

Facture n°