

Bulletin d’Inscription

**RESPONSABLE DE L’INSCRIPTION :**

N° Siret : I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I de l’établissement

 M.  Mme  Mlle Prénom\* :  Nom\* :

Fonction : Email\*:

Raison sociale : Adresse : Effectif de l’entreprise :

Code Postal : Ville :

Téléphone : I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I Mobile : I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

N° identifiant TVA (mention obligatoire) : I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

**MEMBRE GIFAS ?**  Oui  Non **MEMBRE D’UN CLUSTER REGIONAL?**  Oui  Non

Si oui, lequel ? :

**Inscrit les participants aux formations tel que figurant en page 2 de ce document**

**Valide que les participants disposent bien des prérequis figurant au programme remis**

**Informe SPACE de tout besoin d’aménagements spécifiques nécessaires pédagogique, logistique pour accéder ou suivre la formation, y compris pour adapter une situation de handicap**

**FACTURATION :**

Choix et coordonnées **de l’Etablissement à facturer** :

** CLIENT** ou ** OPCO**

**CLIENT** : à compléter si adresse différente de celle indiquée ci-dessus (Responsable d’Inscription) …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OPCO** : …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SPACE

Siret : 50237295600057

N° TVA Intracommunautaire : FR04502372956

N° déclaration d’activité : 73310519531

Campus Millennials

Impasse Louis Pueyo – Bâtiment Alvé 1

31700 Blagnac

Les informations recueillies dans le cadre du présent bulletin d’inscription dont l’objet d’un traitement informatique par SPACE à des fins de gestion des relations avec ses clients et prospects. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2014, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier à SPACE à l’adresse postale ci-contre, ou par mail à training@space-aero.org, ou par téléphone au 05 61 31 07 66.

*.*

**Liste de participants inscrits et validation des prérequis tels que figurant au programme**

**NB : les besoins spécifiques d’adaptation seront à lister en page 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé Formation | Dates | M. ou Mme : Prénom – NOM | Fonction*(important pour valider le choix de la formation)* | Validation des prérequis cf. au programme :OUI NON | Email*(important pour la correspondance avec le participant)* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ALERTE DE PRE REQUIS NON ATTEINTS OU DE BESOINS SPECIFIQUES A PRENDRE EN CONSIDERATION ET/OU DE SITUATION DE HANDICAP**

** LE STAGIAIRE**

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Adresse :

Email individuel :

Téléphone :

Prérequis MANQUANTS :

Besoins d’aménagements spécifiques pour accéder ou suivre la formation :

** LE STAGIAIRE**

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Adresse :

Email individuel :

Téléphone :

Prérequis MANQUANTS :

Besoins d’aménagements spécifiques pour accéder ou suivre la formation :