



**BULLETIN D'INSCRIPTION
ACCOMPAGNEMENT VAE CAFDES
A retourner au CRFPFD
accompagné de la recevabilité et d'une photo d'identité**

Renseignements concernant le stagiaire

NOM : Prénom :
NOM marital :
Date de naissance :/...../..... Lieu de Naissance :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe et/ou portable :
Adresse mail :@

Renseignements concernant l'employeur

Dénomination employeur :
Adresse:
Code postal : Ville :
Tel : Fax :
Adresse mail :@

Financement de la formation

- Plan de formation CIF en totalité CPF
 En cas de financement partiel le complément est assuré par :
 L'établissement Le stagiaire Autre (à préciser)

A..... Le/...../.....

Cachet et signature de l'employeur,

Signature de l'intéressé(e),