

# Bulletin d'inscription

## Formations

à retourner à **PARIS** à : INRS Département Formation  
65, boulevard Richard-Lenoir – 75011 Paris

Toutes les rubriques de ce bulletin doivent être renseignées. Les bulletins incomplets ne seront pas pris en compte.

### 1. La formation

Intitulé : \_\_\_\_\_  
Code : \_\_\_\_\_ Dates : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Coût (en €) : \_\_\_\_\_  
Durée et effectifs : Se rapporter à la fiche programme  
> **Important : la participation à certaines formations comporte des conditions d'inscription figurant sur les fiches de formation correspondantes.**

### 2. Le participant

Mme  M. Date de naissance (champ obligatoire) : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
**Fonction et mandat dans l'entreprise :**  
 Dirigeant  Membre de la direction  Personnel d'encadrement  Chargé de prévention  Médecin  Infirmier(e)  IPRP  Représentant du personnel  
 Formateur  Personnel de BE  Personnel de DIRECCTE  Assistant des SS&T  Autres prof. de santé  Chercheur  Enseignant  SDC  Membre de CHSCT  
 Autre fonction, précisez laquelle : \_\_\_\_\_  
 **Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur la fiche descriptive de la formation.**

### 3. Inscription à titre particulier

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### 4. L'entreprise ou l'organisme inscrivant le participant

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Code NAF : \_\_\_\_\_  
Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° de TVA intracommunautaire : \_\_\_\_\_  
L'entreprise cotise-t-elle pour le stagiaire au régime général de la Sécurité sociale ?  oui  non  
> **Responsable formation :**  Mme  M.  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
> **Personne chargée du dossier d'inscription pour l'envoi des convocations, documents et attestations :**  Mme  M.  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### 5. La facturation

Stagiaire, entreprise ou organisme à facturer : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

**Si tout ou partie du règlement est effectué par un financeur, veuillez vous rapprocher de ce dernier pour nous faire parvenir un accord de prise en charge avant le début de la formation.**

#### Date, signature et cachet de l'entreprise (ou du stagiaire à titre particulier)

Je déclare avoir pris connaissance des « Conditions générales d'inscription » qui figurent au verso du présent bulletin et les accepter sans réserve.

"J'accepte de recevoir par mail des informations sur les actualités de l'INRS et d'être contacté pour recueillir mon avis sur nos services et nos prestations".

Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de portabilité de vos données personnelles en formulant votre demande par mail à l'adresse suivante : [donnees.personnelles@inrs.fr](mailto:donnees.personnelles@inrs.fr)

Pour plus d'information, consultez notre politique de confidentialité et d'utilisation des données personnelles :

<http://www.inrs.fr/footer/politique-confidentialite>

Organisme de formation enregistré sous le numéro 11-75-03636-75 auprès du Préfet de la Région Ile-de-France.

