

**DEMANDE** D’INSCRIPTION

**Elaborer l’ERRD (Etat Réalisé des recettes et des dépenses). Un support pour rendre compte de l’utilisation des ressources et évaluer la mise en œuvre du CPOM et de l’EPRD**

Numéro de déclaration d'activité : 31 59 00 781 59. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État. Numéro SIRET 783 712 417 00055

**Date(s) : 13 janvier 2021**  *Stage n°21-52*

# Informations administratives

Nom de la structure ..........................................................................................................................................................................N°d'adhérent ...................................................

Adresse complète ...................................................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................Téléphone........................................................... E-mail pour suivi administratif *[obligatoire pour l’envoi des conventions]* ..............................................................................@.................................................................................... Votre convention collective ...............................................................................................................................................................................................................................................

### Par quel biais avez-vous découvert ce(s) stage(s) ?

Catalogue Site internet Information par e-mail Réunion/temps fort

**Stagiaire(s)**

**1 -** Nom, prénom, fonction .................................................................................................................................................................................................................................................

e-mail :.....................................................................................................................................@..............................................................................................................

**2 -** Nom, prénom, fonction .................................................................................................................................................................................................................................................

e-mail :.....................................................................................................................................@..............................................................................................................

**3 -** Nom, prénom, fonction .................................................................................................................................................................................................................................................

e-mail :.....................................................................................................................................@..............................................................................................................

**4 -** Nom, prénom, fonction .................................................................................................................................................................................................................................................

e-mail :.....................................................................................................................................@..............................................................................................................

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et les accepter

La(le) responsable *[nom, prénom, mail et téléphone]*.................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Fait à ............................................................................. le ...............................................................................................................................

Signature

**A la demande,** l'ensemble des formations proposées dans le catalogue peut être **décliné et adapté en formule intra établissement**

Ce document est à retourner rempli, daté et signé à :

**l'Uriopss Hauts-de-France - Service formation**  **m.babela@uriopss-hdf.fr** **- Tél : 03 22 71 74 73**

**21 Rue de l'Île Mystérieuse - 80440 Boves**

**N.B. : Règlement à réception de la facture émise par l’URIOPSS (soit après le stage)**

**Merci de nous prévenir de toute annulation d’inscription dans un délai de 15 jours précédents le début du stage**

**En cas d’absence ou d’abandon en cours de stage, ce dernier est payable en totalité**