

Envoyer à  
inscription@espace-competences.org

Module(s) :

- Sensibilisation
- Professionnalisation des référents handicap

Date session PARTICIPANT-E :

NOM / Prénom

E-mail direct

Mme Téléphone

M. Fonction

COORDONNEES DE L'EMPLOYEUR

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Tél. :

NOM / Prénom du responsable de la structure

E-mail du responsable :

N° SIRET :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Organisme de formation public | <input type="checkbox"/> Chambre consulaire | <input type="checkbox"/> Formateur indépendant/ Auto-entrepreneur |
| <input type="checkbox"/> Organisme de formation privé | <input type="checkbox"/> Organisme collecteur | <input type="checkbox"/> Prestataire bilan de compétences |
| <input type="checkbox"/> Structure amont de la formation | <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Autres : |

MODULES GRATUITS :
ces modules sont financés par l'AGEFIPH PACA CORSE

Dès réception de la fiche d'inscription, vous recevrez, par mail, un accusé de réception vous informant de la confirmation d'inscription.

[Recevoir la newsletter du CARIF >>](#)

Comment avez-vous pris connaissance de notre dispositif de professionnalisation ?

- mail d'information site Espace Compétences Réseau sociaux
 Autre: