

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM DU STAGE :

DATE :

STAGIAIRE

Nom* :

Prénom* :

Profession* :

Adresse mail* :

Téléphone :

ORGANISME

Nom* :

Service* :

Adresse* :

Code postal* :

* Mention obligatoire

Date, signature et cachet de la structure* :

MIGRATIONS SANTÉ FRANCE

77 bis, rue Robespierre, 93100, Montreuil - migrationsante.org

Tél : 01 42 33 24 74 - mail : formation@migrationsante.org

Siret : 784 287 609 000 50 - Code APE : 9499 Z784 287 609 000 50 - Déclaration activité formation : n° 11750434275

Association régie par la loi de 1901