

Fiche reçue le : | | | | | | | | | |

RDV signature : | | | | | | | | | |

Lieu de formation : ☐ Les Herbiers ☐ Nantes

Date début formation : | | | | | | | | | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - AFGSU☐ **VOUS ETES EMPLOYEUR**

Raison sociale : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : | | | | | Ville : _____

Téléphones : Fixe : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | |

Email : _____@_____

Date et lieu de naissance : | | | | | | | | | | à _____

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Effectif salarié : ____ N° Siret : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Code NAF : | | | | |

☐ **VOUS ETES SALARIE**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : | | | | | Ville : _____

Téléphone : | | | | | | | | | | Email : _____@_____

Nom de l'employeur : ____

Adresse : _____

Code Postal : | | | | | Ville : _____

N° Siret : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Code NAF : | | | | |

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature

A retourner à :

CFAAD

Bât A - 2 rue de l'Oiselière

85500 LES HERBIERS

Tél. : 02 51 66 01 61

Mail : secretariat@edgo-prothesiste.fr