

Organisme de formation

Tél : 05 59 71 45 29

E-mail de contact AFGSU : lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr

Site web : www.mediconseil-formation.fr

N°SIRET : 835 149 824 00038

N° Déclaration d'activité : 75640432364

FORMULAIRE ÉTABLISSEMENT

→ à remplir 1 seule fois si plusieurs inscrits du même établissement

Formulaire à compléter et à adresser par mail à : lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr

ATTENTION : doit être accompagné de la copie de la dernière attestation AFGSU 2 en cas de recyclage

Votre choix de formation : ☐ AFGSU 2 (3j) ☐ AFGSU 1 (2j) ☐ Recyclage (1j) : niveau

Session choisie :

☐ 13, 14, 15 avril 2026 (niv2)

☐ 18, 19, 20 mai 2026 (niv2)

Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)

Lieu : 9, rue de la Garounère, Tarbes (65)

L'ÉTABLISSEMENT

Dénomination sociale :

.....

N°SIRET :

.....

☐ Public

☐ Privé

Adresse et code postal :

.....

.....

Adresse de facturation (si différente) :

.....

.....

Coordonnées :

Direction établissement :

.....

○ Email direction :

.....

○ Téléphone direction :

.....

Contact formation :

.....

○ Email contact formation :

.....

○ Téléphone contact formation :

.....

Organisme de formation

Tél : 05 59 71 45 29

E-mail de contact AFGSU : lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr

Site web : www.mediconseil-formation.fr

N°SIRET : 835 149 824 00038

N° Déclaration d'activité : 75640432364

FORMULAIRE STAGIAIRE

→ 1 formulaire par participant - **obligatoire**

Formulaire à compléter et à adresser par mail à : lise.ranchoux@mediconseil-formation.fr

ATTENTION : doit être accompagné de la copie de la dernière attestation AFGSU en cas de recyclage

LE STAGIAIRE

NOM (MAJUSCULE)

PRENOM

LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE E-MAIL

TÉLÉPHONE

ADRESSE ET CODE POSTAL

FONCTION OCCUPÉE

DIPLÔME (OU NIVEAU)

☐ **Cochez cette case si vous êtes en situation de handicap.**

Nous entrerons rapidement en contact avec vous pour estimer les besoins d'adaptation.

PRÉCISEZ-NOUS VOS BESOINS ET
ATTENTES DANS LE CADRE DE
CETTE FORMATION