
*Bulletin d'Inscription
Stagiaire en situation
de handicap*

Identité :

Mme Melle M.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse personnelle :

.....

E-Mail : @

Téléphone :

Profession : Téléphone professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

État physique :

Handicapé en fauteuil roulant :

Handicapé physique debout :

Déficient visuel :

Déficient auditif :

Valide :

Intitulé de la formation :

Lieu et date de la formation choisie ⁽¹⁾ :

Financement de la formation :

Etablissement privé :

Etablissement collecteur :

Individuel :

Etablissement public (formation des agents, France Travail, Conseils Généraux, etc.) :

Fait à :

Le :

Signature du stagiaire :

Bulletin à retourner à l'UNASSI par courrier ou courriel

UNASSI 4 route de la Castagnère
65230 CASTELNAU-MAGNOAC

☎ 05 62 39 87 45 ✉ contact@unassi.fr

L'UNASSI traite les données recueillies pour le suivi de votre formation.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, contactez-nous.

⁽¹⁾ Certaines dates et lieux peuvent faire l'objet de modification