

Titre formation

Code formation **S**



**N'oubliez pas de joindre votre règlement**

**Stagiaire**

Nom		Besoin interprète LSF	<input type="checkbox"/>
Prénom		Envoi liste d'hôtels	<input type="checkbox"/>
Fonction		Restauration	<input type="checkbox"/>
Adresse personnelle			
Code postal		Signature	
Tél. personnel			
Tél. professionnel			
Mél			

**Employeur**

Nom de l'établissement			
Adresse			
Code postal			
Ville			
Tél.			
Mél			
Fax			

**Comment avez-vous connu l'INS HEA ?**

- |           |                          |                           |                          |             |                          |
|-----------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Internet  | <input type="checkbox"/> | Amis, parents             | <input type="checkbox"/> | Académie    | <input type="checkbox"/> |
| Presse    | <input type="checkbox"/> | Association               | <input type="checkbox"/> | Rectorat    | <input type="checkbox"/> |
| Collègues | <input type="checkbox"/> | Directeur d'établissement | <input type="checkbox"/> | Autre ..... |                          |

Fiche à retourner à : INS HEA – à l'attention de Madame la Directrice  
58/60, avenue des Landes - 92150 Suresnes