



Bulletin d'inscription à retourner impérativement à
Afrée – BP 64164 – 34092 Montpellier cedex 5

Intitulé de la formation : _____

Date de la formation : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse professionnelle : _____

Adresse personnelle : _____

Tel et Fax : _____

E-mail : _____

A titre individuel règlement par chèque à l'ordre de l'Afrée

Prise en charge au titre de la formation continue

Merci de bien vouloir nous joindre la lettre de votre organisme confirmant
la prise en charge