



FORMATIONS : INSCRIPTION

Remplir un formulaire par personne. Veiller à indiquer les coordonnées de chaque stagiaire (coordonnées indispensables pour les convocations). Faire signer le coupon par le Maire ou le Président de la Communauté de communes ou le Directeur(trice) de l'E.H.P.A.D.

Le renvoyer à la Bibliothèque départementale par courrier, fax ou mél.

BIBLIOTHÈQUE DÉPARTEMENTALE B.P.737 – 07007 PRIVAS Cedex
Fax : 04 75 64 87 11 – mél. : bibliotheque.departementale@ardeche.fr

Intitulé du stage :

Date :

Lieu :

TUTELLE : Commune ou CDC :

Nom du Maire / Président de la CDC/Directeur(trice) :

STRUCTURE : Bibliothèque E.H.P.A.D

Nom et adresse.....

Tel

Mel

Candidature n° (En cas de candidatures multiples pour le même stage, indiquer un ordre de priorité)

NOM :Prénom :

bénévole

salarié

Adresse personnelle (pour l'envoi des confirmations):.....

.....

Téléphone domicile : Mél personnel :

Coordonnées communicables à d'autres stagiaires (afin de favoriser le covoiturage) : oui non

Motivations du stagiaire :

.....

.....

Date et signature du stagiaire

Date et visa du Maire / Président/Directeur(trice)