

COLLECTIVITÉ

Collectivité : Adresse :

.....Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :@.....

Responsable :

Nom : Prénom :

Fonction :

Signature du responsable et cachet de la collectivité :

STAGIAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :@.....

En cochant cette case, j'autorise la FECI à utiliser mon adresse mail et mon numéro de téléphone pour m'envoyer les rappels des formations à venir (RGPD)

Maire

Conseiller(ère) communautaire

Adjoint(e) au Maire

Conseiller(ère) départemental(e)

Collaborateur(rice) d'élue(e)

Conseiller(ère) municipal(e)

Agent technique

Conseiller(ère) régional(e)

FORMATION

Intitulé :

Date :

Lieu :

Signature du stagiaire :

**Merci de retourner ce bulletin
dûment rempli à l'adresse
contact@feci.fr**

! Toute inscription mobilise un formateur et doit être honorée sous peine de facturation de la formation à la collectivité selon le tarif en vigueur comme précisé à l'article N°4 de la convention de formation.