

## 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)*

Fonction :


- Maire  
 Adjoint(e) au Maire  
 Conseiller(ère) communautaire  
 Conseiller(ère) départemental(e)  
 Collaborateur(rice) d'élu(e)  
 Conseiller(ère) régional(e)  
 Conseiller(ère) municipal(e)

## FORMATION

Intitulé :  
Date :  
Lieu :  
Plateau-repas : Traditionnel ou Végétarien

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

Signature du stagiaire :

 **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 dans l'article N°4 de la convention de formation.**