

COLLECTIVITÉ

Collectivité : Adresse :
Code postal : Ville :
N° SIRET :
Téléphone : Mail :

Responsable :

Nom : Prénom :
Fonction :

Signature du responsable et cachet de la
collectivité :

STAGIAIRE

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Portable : 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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maire | <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) régional(e) |
| <input type="checkbox"/> Adjoint(e) au Maire | <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) départemental(e) |
| <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) municipal(e) | <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) communautaire |

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.*

Si votre formation se déroule sur la journée à la FECI, le plateau-repas vous est offert.