



BON DE COMMANDE

À retourner à la structure organisatrice de la formation

TYPE DE FORMATION DEMANDEE

Titre du stage :

Structure organisatrice (de la session) :

Code du stage : |_|_|_|_|_|

Date(s) du stage : Lieu :

Nom du conseiller formation :

Nom de l'assistant de formation :

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Adresse personnelle : Code postal : |_|_|_|_|_|

..... Ville : Pays :

Tél. mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| poste : |_|_|_|_|

Courriel :

Niveau de diplôme :

SITUATION ADMINISTRATIVE DU STAGIAIRE

Collectivité :

Lieu de travail (résidence administrative) :

Adresse : Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : Fonction : Service :

Statut : Hors FPT, préciser :

Grade : Date d'entrée dans ce grade : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Catégorie : Date d'entrée dans la fonction publique territoriale : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Nom et courriel du responsable hiérarchique :

Nom et courriel du correspondant formation dans le service (s'il existe) :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE FORMATION DE LA
COLLECTIVITE**

Nom de la collectivité : Responsable formation :

N° SIRET - 14 caractères - renseignement obligatoire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent, merci de cocher cette case, le cas échéant, si des besoins d'aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires.

Pour les inscriptions prises à titre payant (formation payante par nature ou inscription effectuée pour une personne ne relevant pas de la FPT), le présent bulletin vaut bon de commande.

Le règlement se fera uniquement par mandat administratif sur la base des tarifs actuellement en vigueur.

Soit : .. 6 0 .€ x jour(s) = € net.

Le désistement d'un stagiaire dans un délai inférieur à 15 jours francs avant la date de début de la session entraîne le paiement intégral des frais de formation.

PAR LA PRESENTE, L'AUTORITE TERRITORIALE CONFIRME SON ACCORD SUR LE CHOIX ET LES MODALITES DE L'ACTION DE FORMATION.

L'autorité territoriale :

Nom de la collectivité :

Nom, prénom du signataire :

Qualité du signataire :

Date :

Signature