

**A retourner complété à :** CGAT, ZA le Causse Espace d'Entreprises – 34 Av. de la Montagne Noire – CS 70199 – 81115 CASTRES CEDEX  
Tél : 05.63.59.76.44 / Site : <http://www.cgatarn.com> – / E-mail : [nathalie@cgatarn.com](mailto:nathalie@cgatarn.com)

S T A G I A I R E 1	Nom :	Prénom :	Fonction :
	Adresse personnelle :		
	Code Postal :	Ville :	
	Téléphone :	E-mail :	@
S T A G I A I R E 2	Nom :	Prénom :	Fonction :
	Adresse personnelle :		
	Code Postal :	Ville :	
	Téléphone :	E-mail :	@
S T A G I A I R E 3	Nom :	Prénom :	Fonction :
	Adresse personnelle :		
	Code Postal :	Ville :	
	Téléphone :	E-mail :	@

S T A T U T	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Pro Individuel <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> AVS/AESH <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> ASP	
	Catégorie Etablissement : <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> Ets Publics <input type="checkbox"/> Autre :	
E M P L O Y E U R	Le Directeur, M., Mme,	Etablissement :
	Adresse :	
	Code Postal :	Ville :
	Téléphone :	E-mail : @

I n s c r i p t )	Demande d'inscription à :		
	Session :	Date : du	au
R E G L E M E N T	<input type="checkbox"/> Je suis nouveau client je verse 10 € HT en plus de cotisation annuelle à l'association CGAT		
	<input type="checkbox"/> Inscription <b>sans</b> prise en charge établissement,		
	<input type="checkbox"/> Virement : BPO : FR76 1780 7006 0803 5197 5634 785    BIC : CCBPFRPPTLS	Montant :	€
	<input type="checkbox"/> Ou <input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre du CGAT : chèque n°    Banque :	Montant :	€
<input type="checkbox"/> Inscription <b>avec</b> prise en charge établissement : règlement à réception de la facture après formation.			
S I G N A T U R E	Fait à :	Le : / /	
	Signature valant acceptation des Conditions Générales de Ventes.		
	Si inscription Employeur, signature + Cachet de l'établissement.		