



Formulaire d'adhésion

Merci de compléter ce formulaire de manière lisible !!

Coordonnées PERSONNELLES

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____ Mobile : _____

NPA / Ville : _____ Canton : _____

e-mail (obligatoire !): _____

AFP Employé(e) d'exploitation AFP obtenu (date) : _____

CFC Agent(e) d'exploitation CFC obtenu (date) : _____

Brevet fédéral _____ Brevet obtenu (date) : _____

Autre diplôme _____ Diplôme obtenu (date) : _____

Coordonnées de l'ENTREPRISE

Société : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

NPA / Ville : _____ Fax : _____

Fonction : _____

Conditions d'adhésion

Individuel

Entreprise formatrice

Date: _____

Signature : _____

Ce formulaire est à envoyer à : _____