



# BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION

Merci de compléter ce bulletin d'inscription et la fiche client.  
Dès réception, nous vous ferons parvenir la confirmation d'inscription,  
le programme et le plan d'accès à notre site de formation  
et les hôtels de proximité.

Pour la formation Renouvellement PCR, il est impératif de nous retourner votre rapport  
d'activité 15 jours avant la date du début de la formation  
(trame téléchargeable sur notre site [www.cerap.fr](http://www.cerap.fr)).

Devis n°:

## Formation demandée :

Personne Compétente en Radioprotection Initiale

Renouvellement

Option : Sources scellées générateurs X

Sources non scellées

Domaine : Médical  Diagnostiqueur Immo.

Industrie & Recherche

INB / ICPE

Module complémentaire (dans le cadre de la formation Initiale PCR) : Rappels Mathématiques

Radioprotection des Patients

Sensibilisation

Prévention des Risques chimiques

Dates formation : \_\_\_\_\_ PCR : Session théorique : \_\_\_\_\_ Session Pratique : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

## Stagiaire :

Mme/Mlle/M. - Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Niveau de formation : CEP  CAP  BEP  BAC  BAC+2  Autres

## Entreprise :

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## Facturation :

La facture est à adresser :  au stagiaire  à l'entreprise

Si le destinataire n'est pas le stagiaire, préciser :

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Prénom et Nom du responsable du suivi administratif et financier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

Tarif de la session :

En cas d'impossibilité (faute de place) de prise en compte de votre demande, souhaitez-vous que CERAP reprenne contact avec vous pour une session suivante ? : Oui  - Non

Le responsable du participant reconnaît avoir pris connaissance et accepté les clauses spécifiques aux ventes de formation, spécifiées ci-après. Ce formulaire complété est un Bon de commande

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet de l'entreprise

Signature du participant    Signature du responsable

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Merci de retourner ce formulaire renseigné par courrier, fax ou e-mail à :

**CERAP – Service Formation – Mme Karima ZARRAA**

Immeuble Ariane – Parc Technologique de Saclay – 4 rue René RAZEL – 91400 SACLAY

Fax : 01 69 85 32 71 / Téléphone : 01 69 85 37 16 / @ : [formation.idf@cerap.fr](mailto:formation.idf@cerap.fr)