



Bulletin d'inscription

En tant que formatrice ou formateur diplômé(e), je souhaite devenir membre de l'ARFAD

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. privé :

Tél. Mobile :

E-mail privé *:

Diplôme(s) spécifique (s) en formation des adultes :

TitreAnnée de certification.....

Titre.....Année de certification.....

Titre.....Année de certification.....

Renseignements facultatifs :

Entreprise (ou indépendant) :

Tél. professionnel :

E-mail professionnel *:

Signature :

* Merci d'indiquer à quelle adresse e-mail vous souhaitez recevoir les communications

Remarques :

A retourner à l'attention de :

C. Amici Raboud ARFAD, p.a. FSEA, 11A chemin des Plantaz, 1260 Nyon

E-mail : camiciraboud@icrc.org – tél. 022 / 730 38 84 – www.arfad.ch – Téléfax 022.730.38.99

ccp 12-100-372-7