



**CENTRE COOPERATIF D'ETUDES, DE FORMATIONS ACTIVES
ET DE DEVELOPPEMENT ENTREPRENEURIAL AU SAHEL**

1026, HLM Grand Yoff – Dakar – Sénégal Tel 221/ 827 58 47 - 221/ 76691 36 95
Web : www.cefades.org E mails : cefades@cefades.org ; fayecefades@yahoo.fr

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX COURS PRESENTIELS DU CEFADES

1-IDENTITE DU CANDIDAT PARTICIPANT

Prénoms et Nom.....

Date et Lieu de naissance..... Sexe : M F

Profession..... Nationalité.....

Adresse..... BP : tél. : Mail :

2- ORGANISME EMPLOYEUR OU D'APPARTENANCE

Adresse : Nom du responsable :

BP..... Tèl : Fax..... Email.....

3-FORMATIONS ET DIPLOMES OBTENUS

| FORMATIONS ANTERIEURES | DIPLOMES OBTENUS |
|--------------------------|------------------|
| Etudes secondaires | |
| | |
| | |
| Etudes supérieures..... | |
| | |
| | |

4- TITRE DU COURS CHOISI :

5- MOTIFS DU CHOIX DE CE COURS :

6- IDENTITE DU RESPONSABLE DU PAIEMENT DES COUTS DU COURS : Participant Employeur Autre

7- ENGAGEMENT FINANCIER DU RESPONSABLE DU PAIEMENT :

Je m'engage à procéder, 15 jours avant le début du cours au plus tard, au paiement par chèque, mandat express, ou virement bancaire de la totalité des coûts d'inscription à l'adresse suivante :

Centre Coopératif d'Etudes, de Formations Actives et de Développement Entrepreneurial au Sahel (CEFADES)
1026, HLM Grand Yoff – Dakar – Sénégal Tel 221/ 827 58 47 - 221/ 76 691 36 95

9-SIGNATURE DU CANDIDAT PARTICIPANT :**DATE** :

10-DENOMINATION ET ADRESSE DU RESPONSABLE DU PAIEMENT

11- DATE , SIGNATURE ET CACHET DU RESPONSABLE DU PAIEMENT.....