



SYNDICAT RÉGIONAL DES ORTHOPHONISTES

FOF Pays de Loire

42, rue Galilée

72000 LE MANS

Mail : fof.sorpall@gmail.com

<https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/>

BULLETIN D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

Intitulé de la formation : « Intitulé de la formation »
animée par « Nom du formateur »

Date(s) de la formation : « Date(s) de la formation »

Horaires : « Horaires »

Lieu de la formation : « Lieu précis + lien Google Maps »

Le stagiaire

Nom et prénom

Adresse n° Voie

CP Ville

N° tél portable (sans espace) **Mail** @

Exercice Libéral **N° ADELI (obligatoire)** (sans espace)

Salarié **Convention**

Etudiants **CFUO**

Adhérent(e) FOF (année 2025) OUI NON

Si prise en charge employeur

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

n° Voie

CP Ville

Téléphone de l'employeur (sans espace)

Mail de l'employeur @

Fait à **Le** (format JJ/MM/AAAA)

Signature :