



Formulaire d'inscription - Formation **ADR**

Identification du candidat (remplir en majuscules svp)

Nom de famille :

Prénom :

Rue, N° (boîte) :

Code Postal : Localité :

Téléphone / GSM :

Adresse mail : @

Date & lieu de naissance : le / / à :

Numéro de registre national (carte SIS ou au dos de la carte d'identité - Date de naissance à l'envers + 3 chiffres + 2 chiffres)

. . - . Nationalité :

Expérience professionnelle : < 5 ans 5 - 9 ans
 10 -14 ans > 15 ans

Statut du chauffeur : Ouvrier Employé Cadre
 Indépendant Intérimaire Conjoint aidant

Je m'inscris pour la formation :


ADR Initial Colis (3 jours) du / / 2019

ADR Initial Colis + Citerne (5 jours) du / / 2019

Facturation

Qui paye la facture ? **Vous-même** (ne pas remplir les informations ci-dessous) **Patron** (compléter les informations ci-dessous)

Nom de la société :

Contact :  :

Adresse :

Code Postal : Localité :

N° de TVA :

Paiement à la réception de la facture

Fait à :, le / / 2019

Signature :