|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire à retourner soit par e-mail ou par courrier :**  AREIPAH - Maison des Associations  6 route d’Ingersheim – 68000 Colmar | Téléphone : les matins 09 63 54 74 23  mail : nmeyer@apa.asso.fr |

|  |
| --- |
| FORMATION DES BENEVOLES 2025DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D’UNE FORMATION PSC1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées de la personne | |
| Nom et Prénom |  |
| Date et lieu de naissance |  |
| Téléphone |  |
| Courriel : adresse de messagerie |  |
| Adresse |  |
|  |
|  |
| AG2R est votre caisse de retraite complémentaire | □ OUI □ NON |
| Votre association ou votre établissement | |
| Vous êtes bénévole à |  |
| (Association – Etablissement) |  |
| Adresse |  |
| mail |  |
| Vous êtes salarié(s) à |  |
|  |
|  |
| Fonction / Mission exercée dans l’association ou l’établissement |  |
| La formation que vous avez choisie | |
| Numéro et intitulé de la formation |  |
| Lieu de la formation |  |
| Dates |  |
| Organisme ou formateur |  |
| Coût pédagogique des stages Hors catalogue |  |
| Je soussigné(e), m’engage à faire profiter les membres de l’association ou de l’établissement de l’acquis reçu lors de la formation | |
| Date |  |
| Signature du demandeur |  |