



Bulletin d'inscription employeur / établissement

①

Stagiaire

NOM : _____ Prénom : _____

Fonction / Métier : _____ Établissement / Structure : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone portable : _____

Email professionnel : _____ Email personnel : _____

☐ Personne en situation de handicap / bénéficiaire RQTH

→ Vous avez des besoins spécifiques ? Contactez-nous avant l'inscription : mk.educlib@gmail.com — nous ferons le nécessaire pour adapter l'accueil.

②

Formation

Intitulé de la formation : _____ **Code MK :** _____

Date(s) : _____ **Nombre de jours :** _____ **Durée totale (h) :** _____

Format :

☐ Présentiel ☐ Distanciel (visioconférence)

Effectifs : en présentiel, de 4 à 12 stagiaires par session. En distanciel, aucun minimum requis et 6 stagiaires maximum, afin de préserver les échanges en visioconférence.

Lieu (si présentiel) : _____

Tarif net (TVA non applicable) : _____ **Mode de règlement :** _____

Nombre de stagiaires inscrits : _____ **Tarif total :** _____

Prérequis :

☐ Le/la stagiaire atteste avoir pris connaissance des prérequis de la formation et confirme que son niveau est conforme (disponibles sur mk-educlib.fr).

Niveau de connaissance préalable sur l'autisme / TSA :

☐ Aucun — première approche ☐ Notions de base ☐ Intermédiaire (pratique professionnelle) ☐ Avancé / spécialisé

Motif de l'inscription :

☐ Acquisition de compétences nouvelles ☐ Montée en compétences / adaptation des pratiques

☐ Prise de poste ☐ Obligation de formation ☐ Démarche personnelle

☐ Autre : _____

Comment avez-vous connu MK Educlib ?

☐ Bouche à oreille ☐ Recommandation d'un collègue ☐ Recherche internet ☐ LinkedIn

☐ Instagram / Facebook ☐ Site de votre employeur ☐ Annuaire formation ☐ Autre : _____

Type d'établissement :

☐ Association loi 1901 ☐ Établissement public (ESMS, IME, SESSAD, ESAT...) ☐ Collectivité territoriale ☐ Entreprise privée ☐ Autre

Raison sociale : _____ **SIRET :** _____

Adresse du siège : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____ **Téléphone :** _____

Email de facturation : _____

Contact en charge de l'inscription :

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Fonction :** _____

Téléphone direct : _____ **Email :** _____

Signataire de la convention de formation (si différent du contact ci-dessus) :

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Fonction :** _____

Email (pour signature électronique) : _____

Adresse de facturation (si différente de l'adresse du siège) :

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Mode de financement de la formation :

☐ Plan de développement des compétences (fonds propres de l'établissement) ☐ OPCO (à préciser) :

☐ Financement mixte (employeur + individuel) ☐ Autre : _____

Païement par virement bancaire — délai 30 jours date de facture :

Titulaire : MONIA KHELLACHE

IBAN : FR76 1130 6000 4448 1800 5496 395

BIC : AGRIFRPP813 — Crédit Agricole Alpes Provence

Référence obligatoire : **NOM stagiaire + intitulé de la formation**

Conditions d'annulation (rappel CGV) :

- Annulation à plus de 15 jours : sans frais
- Entre 15 et 7 jours : 30 % du tarif facturé
- Moins de 7 jours ou absence : 100 % du tarif facturé
- Interruption en cours : les heures réalisées sont facturées au titre de la formation, les heures non réalisées au titre du dédommagement, non imputable et non prise en charge par l'OPCO
- Remplacement d'un stagiaire possible à tout moment, sans frais, sur simple information écrite (même profil / prérequis)

Une convention de formation vous sera adressée dès réception du bulletin — à retourner signée et tamponnée sous **10 jours ouvrés**.

CGV complètes disponibles sur : mk-educlib.fr/cgv

④

Engagement & Signature

Protection des données (RGPD) : Les informations collectées sont traitées informatiquement à des fins exclusives de suivi de formation et de statistiques internes. MK EducLib ne transmet aucune donnée à des tiers. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement sur demande écrite à mk.educlib@gmail.com.

☐ **Le/la stagiaire atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente (CGV) disponibles sur mk-educlib.fr/cgv et les accepte sans réserve.**

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du/de la stagiaire	Cachet et signature du Directeur ou Responsable obligatoires, valant acceptation des CGV et engagement de prise en charge