



CHAMBRE DE COMMERCE, D'INDUSTRIE,  
D'ARTISANAT ET D'AGRICULTURE D'ANTSIRANANA

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
(à remplir pour chaque participant)

TITRE DE LA FORMATION :

DATE DE LA FORMATION :

**RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR**

Nom et Prénoms :

Date de naissance :

Tél. :

Email :

Niveau d'étude :

Diplôme :

Spécialité (ou série) :

Employé : Oui  Non

Poste occupé (employé) :

Etablissement (société) :

Activité de l'Etablissement :

Tél Etablissement :

Fax Etablissement :

Email Etablissement :

A ....., le .....  
(Signature et Nom)

Merci de remplir ce bulletin et de le retourner au plus tard la date limite d'inscription pour la formation choisie.

Contact : [cciaads.formation@cciaads.mg](mailto:cciaads.formation@cciaads.mg)