

## DEMANDE D'INSCRIPTION 2012

Référence : C (conservation)  R (restauration)  C et R (conservation et restauration)

**BULLETIN D'INSCRIPTION A RETOURNER A L'INP**  
*Réf C 2, rue Vivienne, 75002 Paris Tél : 01 44 41 16 41 Fax : 01 44 41 16 77*  
*Réf R 150, avenue du Président-Wilson 93210 Saint-Denis La Plaine Tél : 01 49 46 57 00 Fax : 01 49 46 57 01*

Intitulé de la session \_\_\_\_\_

Dates \_\_\_\_\_

Nom - Prénom \_\_\_\_\_

Activité professionnelle / Fonction / Spécialité \_\_\_\_\_

Statut / Grade \_\_\_\_\_

Organisme et adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Téléphone - Télécopie - Courriel \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Téléphone portable ou personnel \_\_\_\_\_

Niveau de vos acquis par rapport à la formation Débutant  Avancé   
Diplôme(s) et qualifications \_\_\_\_\_

### VOS ATTENTES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous être informé par courrier électronique de l'actualité de l'Inp ? oui  non

Pour toute information complémentaire, consultez [www.inp.fr](http://www.inp.fr)

Conformément à la loi du 06/01/1978, les informations peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès et de rectification auprès de nos services

Date et signature

**VOIR AU DOS LES CONDITIONS DE FACTURATION**

## Salariés, fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités territoriales

### INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR

Ministère de la culture et de la communication  Secteur privé ou associatif   
Autre ministère  Collectivités territoriales   
Autres  précisez \_\_\_\_\_

Accord du supérieur hiérarchique (obligatoire) \_\_\_\_\_  
Signature (date, cachet)

Nom et titre \_\_\_\_\_

**FACTURATION**  **Organisme payeur** (employeur, OPCA....)

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Accord de prise en charge \_\_\_\_\_  
Signature (date, cachet)

Nom et titre \_\_\_\_\_

## Professions libérales

### LA FACTURE SERA ACQUITTÉE PAR

- Moi-même** Je m'engage à payer la somme de.....euros à l'issue de la formation, par chèque libellé à l'ordre de l'Agent comptable de l'Institut national du patrimoine
- Mon employeur** Je soussigné.....agissant au nom de..... m'engage à payer, en cas d'inscription, la somme de.....euros à l'Agent comptable de l'Institut national du patrimoine
- Organisme agréé (OCPA)** susceptible de prendre en charge ma formation

Nom et adresse

Avez-vous déjà l'accord de cet organisme ? oui  non

Si non, avez-vous besoin de documents pour compléter votre dossier ? oui  non

Si oui, lesquels ?

Signature (date, cachet)