

Inscription Formation « Formateur Labellisé »

Nom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Date de Naissance : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Email : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

N° de licence / Club : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

A retourner à [ctobfc@bourgognefranchecomtebasketball.org](mailto:ctobfc@bourgognefranchecomtebasketball.org),

Effectuer un virement de 75 euros RIB (FR76 1027 8025 5300 0219 1050 247 / BIC CMCIFR2A) avec le nom du stagiaire dans l’ordre de virement ou joindre un chèque (à l’ordre de la Ligue BFC de Basketball**) au plus tard le 3 Juin 2024** à l’adresse suivante : 16 boulevard Winston Churchill, 21000 Dijon.

Une facture acquittée sera envoyée uniquement après réception du règlement.

A, le Signature :