

**Merci de compléter ce bulletin et de le retourner :**

- par mél : [formation@acd2.com](mailto:formation@acd2.com)
- par fax : 04 92 32 33 16

## STAGE

Titre : .....  
Dates de session : ..... Réf. Stage : .....

## STAGIAIRE

M, Mme, Melle / NOM : ..... Prénom : .....  
Fonction : ..... Mél : .....  
Domaine d'activité (ou formation) : .....

## ENTREPRISE

Raison sociale : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Fax : .....

### Personne signataire de la convention de stage :

M, Mme, Melle / NOM : ..... Prénom : .....  
Fonction : ..... Mél : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....

**Signature**

**Cachet de l'entreprise**

ACD<sup>2</sup> se réserve le droit d'annuler le stage