



Centre Départemental
de Formation des Taxis

Formation Continue FORMULAIRE d'INSCRIPTION à la Formation Continue de Taxi

Dates de la session choisie :

Drôme

Ardèche

IDENTITÉ de l'ENTREPRISE

Nom :

Adresse complète :

Code postal

Commune

Tél :

Mail :

IDENTITÉ du STAGIAIRE pour la formation mobilité de taxi :

Remplir de manière lisible, cette fiche servira à l'établissement de votre attestation de suivi de formation

Nom et Prénom :

Adresse complète :

Code postal

Commune

Tél :

Mail :

Date de naissance :

/ /

Lieu de naissance :

Département :

Votre CARTE PROFESSIONNELLE :

Titulaire de la carte professionnelle n°:

dans le département :

délivrée le :

Situation de handicap : Oui Non Si oui nous contacter