

19-20 novembre 2026 &
26-27 novembre 2026

SESSION 2026

STAGIAIRE

NOM :		NOM DE NAISSANCE :	
PRÉNOM :		DATE DE NAISSANCE :	
SOCIÉTÉ :		FONCTION :	
MEMBRE DE L'IA :	☐ OUI ☐ NON		
ADRESSE PERSONNELLE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
		TÉLÉPHONE :	
EMAIL PERSONNEL :			
ADRESSE PROFESSIONNELLE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
		TÉLÉPHONE :	
EMAIL PROFESSIONNEL :			

SIGNATAIRE CONVENTION

ENTITÉ :		NOM DU CONTACT :	
ADRESSE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
		TÉLÉPHONE :	
EMAIL :			

CONTACT ADMINISTRATIF

ENTITÉ :		NOM DU CONTACT :	
ADRESSE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
		TÉLÉPHONE :	
EMAIL :			

FINANCEMENT

Répartition de la prise en charge

3 200 € net de TVA

	NOM	ADRESSE FACTURATION	MONTANT
FINANCEMENT PERSONNEL :			
FINANCEMENT ENTREPRISE :			
EMAIL :			
N° SIRET :		N° TVA :	
		CODE APE :	

BON DE COMMANDE : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, n° de BON DE COMMANDE :

19-20 novembre 2026 &
26-27 novembre 2026

SESSION 2026

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

OUI ☐ NON ☐

BESOINS ET OBJECTIFS ATTENDUS DE LA FORMATION

PIÈCES À FOURNIR

- Curriculum vitae accompagné d'une photo au format JPG

Veuillez nous adresser la présente fiche dûment complétée accompagnée des pièces demandées en 1 seul fichier PDF + la photo au format JPG

« Je certifie sur l'honneur que les informations fournies dans ce dossier sont exactes et complètes. »

DATE :

NOM / FONCTION SIGNATAIRE :

SIGNATURE DU CANDIDAT :

SIGNATURE / CACHET DE L'ENTREPRISE :

Institut du Risk Management
4 rue Chauveau Lagarde 75008 Paris

+(33)1 44 51 72 80
www.institut-du-risk-management.fr

SIRET 512 264 441 000 19
Code NAF 8559A
Déclaration d'activité 11754445175
TVA intracommunautaire : FR 25 512 264 441

Envoi du formulaire
formation@institut-du-risk-management.fr