



**Inscription à la formation**  
**« Tabacologie de niveau 1 »**  
**Les 24 et 25 septembre 2025**

ORGANISME EMPLOYEUR : .....

.....

SIREN.....

ADRESSE.....

VILLE : ..... CODE POSTAL : .....

NOM DE LA PERSONNE CONTACT FORMATION : .....

TELEPHONE : .....

EMAIL : .....

NOM DU SIGNATAIRE DE LA FORMATION : .....

FONCTION : .....

**Noms et coordonnées des participants**

Nom	Prénom	Fonction	Téléphone portable	Email

**Personne ayant besoin de compensation (accessibilité-handicap) ?**

**Oui**

**Non**

**Si oui, lequel : .....**

**La référente handicap est le Dr Malécot dont le mail est [iraat-lyon@orange.fr](mailto:iraat-lyon@orange.fr)**

**Montant de l'inscription : 720€ par participant**