

La prise en charge des mineurs isolés étrangers

06

Formulaire de préinscription

Établissement

Nom

No d'adhérent

Personne à contacter au sein de l'établissement

Nom

Prénom

Téléphone

Fax

Adresse email

Stagiaire 1

Nom

Prénom

Fonction

Niveau de qualification

Divers (mandat,...)

Groupe

Tampon & signature de l'établissement

L'original de ce formulaire doit être renvoyé par courrier à :

E.E.S.T.S
Mme Isabelle VILLANI
22 rue Halévy
59000 LILLE
ivillani@eests.org