

BULLETIN D'INSCRIPTION

« FORMATION CONTINUE TAXI »

FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé — Formation continue taxi - recyclage obligatoire

Organisme — AMS Formation 35

Dates de session — 9 & 10/09/2026 | 7 & 8/10/2026 | 4 & 5/11/2026 | 9 & 10/12/2026

Lieu de réalisation selon disponibilité :

☐ **Lieu 1 : UMIH 35** — Immeuble Delta 3, 40 rue du Bignon, 35510 Cesson-Sévigné

☐ **Lieu 2 : CAPEB 35** — Écopôle Sud-Est — 17 rue des Mesliers, 35510 Cesson-Sévigné

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE	NOM DU DIRIGEANT
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	E-MAIL
SIRET	CODE NAF / APE
DATE DE CRÉATION DE L'ENTREPRISE	ACTIVITÉ PRINCIPALE
NOMBRE DE SALARIÉS	CONVENTIONNÉ CPAM ? ☐ Non ☐ Oui

OBJET DE LA DEMANDE

Motif principal de l'inscription :

- ☐ Renouvellement obligatoire (recyclage)
- ☐ Mise à jour des connaissances réglementaires
- ☐ Développement des compétences professionnelles
- ☐ Autre (à préciser) : _____

BESOINS SPÉCIFIQUES

Aménagement(s) nécessaire(s) pour un ou plusieurs participants ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser (handicap, contraintes médicales, organisationnelles, linguistiques, horaires...) :

STAGIAIRE(S) À INSCRIRE

NOM PRÉNOM	NÉ(E) LE	LIEU DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	STATUT*

* 1 chef d'entreprise non salarié · 2 salarié · 3 conjoint-collaborateur · 4 demandeur d'emploi · 5 autre (à préciser)

Si autre, préciser : _____

☐ J'atteste avoir pris connaissance des informations sur la protection des données personnelles et de la liste des pièces à fournir (voir page 3).

☐ Je déclare être en situation de handicap nécessitant une adaptation de la formation.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du dirigeant + cachet :

RÉSERVÉ À AMS FORMATION

Prérequis vérifiés : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

LISTE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À L'INSCRIPTION

Pour tous les stagiaires : • Bulletin d'inscription dûment rempli • Copie du permis de conduire • Copie de la carte professionnelle de taxi	Pour les salariés : • Chèque de 390 € à l'ordre d'AMS Formation ou preuve de virement • L'entreprise doit faire une demande de prise en charge auprès de l'OPCO dont elle dépend
Pour les TNS ne relevant pas du FAFCEA : • Extrait RNE datant de moins d'un an le jour de la formation • Attestation CFP URSSAF de versement à la contribution formation au bénéfice du FAFCEA de l'année en cours • Chèque de 390 € à l'ordre d'AMS Formation ou preuve de virement • L'entreprise doit faire une demande de prise en charge auprès de l'OPCO dont elle dépend	Pour les TNS relevant du FAFCEA : • Extrait RNE datant de moins d'un an le jour de la formation • Attestation CFP URSSAF de versement à la contribution formation au bénéfice du FAFCEA de l'année en cours • Chèque de caution de 390 € à l'ordre d'AMS Formation (subrogation)

DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire dans le cadre de l'exécution d'un contrat de formation sont destinées à AMS Formation 35. Elles font l'objet d'un traitement informatisé dans le but de gérer votre formation et sont conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur.

Conformément au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données personnelles ainsi que celui de la limitation de leur traitement, en nous contactant à l'adresse ams.formation@cnam-bretagne.fr. En cas de réponse insatisfaisante, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 87715 – 75334 Paris Cedex 07.

CONTACT

AMS FORMATION 35

Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 53 35 08732 35
auprès du Préfet de la Région Bretagne

Adresse : 17 rue des Mesliers, 35510 Cesson-Sévigné

Tél. : 02 99 53 53 35 — Email : ams.formation@cnam-bretagne.fr

VOS INTERLOCUTEURS

Responsable pédagogique & référente handicap — Laurène S.
Gestionnaire administrative — Anne-Claire H.