



Email: [assoalcam@assoal.org](mailto:assoalcam@assoal.org)  
 Site web: [www.assoal.org](http://www.assoal.org)  
 Portail web: [www.devloc.net](http://www.devloc.net)  
 Tél/fax : 22.20.10.12,  
 Mobile: 77.29.54.64



Email: [info@pasc-cmr.org](mailto:info@pasc-cmr.org)  
 Site web: [www.pasc-cmr.org](http://www.pasc-cmr.org)  
 Tél : 22.20.85.80  
 Fax : 22.20.80.24  
 Mobile : 22.11.82.49

**PROGRAMME D'APPUI AU RENFORCEMENT DES CAPACITES DES OSC DU CENTRE POUR LE SUIVI DES POLITIQUES PUBLIQUES DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PASC**

DEPARTEMENT DU .....

**Formulaire d'inscription**  
 Un formulaire par organisation

**I- IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION**

Nom de l'organisation :.....  
 Sigle :  
 .....  
 Boite Postale :.....N°Tél :.....  
 Fax :.....E-mail :.....  
 Siège social : Arrondissement :.....quartier/village.....  
 Zone(s) d'intervention :.....  
 Date de création.....Date de légalisation :.....  
 N° du Récépissé de légalisation : .....  
 Objectif principal de l'organisation : .....  
 Secteur(s) d'activité(s) : .....

**II- IDENTIFICATION DU PARTICIPANT A LA FORMATION**

Nom du responsable de l'organisation :.....  
 Nom et prénom du participant à la formation :.....  
 Fonction au sein l'organisation :.....  
 Coordonnées du participant à la formation : Tél :.....E-mail :.....

Indiquer Nom et coordonnées d'autres membres :

Nom et prénom		Tél	et	
		email		
Nom et prénom		Tél	et	
		email		
Nom et prénom		Tél	et	
		email		

Au terme de votre formation, quelles sont les idées et les actions que vous vous engager à prendre pour partager vos connaissances au sein de votre organisation et votre zone d'intervention, etc. ?

Fait à : .....

*Signature et cachet de l'organisation :*