**Date de la réunion, et/ou formation  et horaire :**

**Prise en charge des frais de formation** : par la collectivité à titre personnel

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

***COORDONNÉES :***

Collectivité: ……………....................................................................................................................

Prénom-Nom : .............................................................................................................................

Fonction -mandat : ......................................................................................................................

Adresse : ......................................................................................................................................

Téléphone : .................................................Portable : ................................................................

Courriel:…………………………………………………………………………………………………..……………………………..

**Bulletin d’inscription à retourner à**

**Association des Maires, Adjoints et Présidents d’intercommunalité**

**de la Sarthe**

**Hôtel des Communes – 3, rue Paul Beldant 72000 Le Mans**

*Céline MIGNOT :* *secretariat.assoc.maires72@orange.fr*

*ou Tatiana DUPONT :* *assoc.maires.sarthe@wanadoo.fr*

***Tél. : 02.43.24.31.01***

***Fax : 02.43.24.16.22***