

Inscription à une action de formation

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

RESPONSABLE FORMATION

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

BESOINS - OBJECTIFS

Quels sont vos besoins :

En présentiel :

En distanciel :

Quels sont vos objectifs :

Nombre de personnes à former : _____

Personnes concernées :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Poste occupé : _____

Personne en situation de handicap : Oui Non

Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____

Prénom : _____ Nom : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Poste occupé : _____
Personne en situation de handicap : Oui Non
Si oui, aménagement nécessaire : _____