

BULLETIN A NOUS RETOURNER PAR MAIL AU PLUS TARD UN MOIS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de la session :

Coordonnées de la personne à inscrire

Nom : Prénom :
Profession : Service :
Mail : Tel :

Pour les formations AFGSU préciser date et lieu de naissance :

Si formation prise en charge par l'employeur

Etablissement : SIRET /SIREN :
Mail : Tel :

Adresse, nom du signataire et sa fonction (*qui sera mentionnée dans la convention de formation*) – adresse personnelle ou professionnelle pour les particuliers :

.....
.....
.....
.....

Questionnaire à compléter par la personne à inscrire

- Avez-vous bien reçu le programme de la formation ? **oui** **non**
- Avez-vous pris connaissance des objectifs de la formation ? **oui** **non**
- Ces objectifs correspondent-ils bien à vos attentes ? **oui** **non**

Si vous avez répondu non à l'une de ces questions, nous vous transmettrons par mail les éléments manquants ainsi qu'un questionnaire à compléter.

- Etes-vous en situation de handicap ? **oui** **non**

Si oui merci de préciser le besoin d'adaptation afin d'organiser au mieux votre venue avec notre référent handicap :

.....
.....
.....
.....