

**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 :**

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