

# EPINAL

## BULLETIN DE PARTICIPATION

**Société :**

**Adresse :**

**N° SIRET :**

**Signataire de la convention de formation**

Nom/prénom :

Tél direct :

Courriel :

**Personne chargée des relations avec l'organisme et les stagiaires** (si différente du signataire)

Nom prénom :

Tél direct :

Courriel :

**Coordonnées du(des) participant(s) :**

**1 - Nom/prénom :**

**Fonction :**

Courriel :

Positionnement des compétences dans les thèmes de la formation :

☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5

**Attentes de la formation :**

**2 - Nom/prénom :**

**Fonction :**

Courriel :

Positionnement des compétences dans les thèmes de la formation :

☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5

**Attentes de la formation :**

**Aménagements spécifiques souhaités :**

*(besoins particuliers du participant, personne en situation de handicap...)*

**Séances souhaitées :**    ☐ *mardi matin 9h-12h30*

☐ *jeudi matin 9h-12h30*

**Bulletin à renvoyer à :** [c.vexlard@acd.fr](mailto:c.vexlard@acd.fr)

**Inscription également possible sur le site [www.acd.fr](http://www.acd.fr)**

*À la réception de votre bulletin de participation, nous prendrons contact avec vous et une convention de formation sera établie (sous réserve d'un nombre minimum de participants et des places disponibles).*