

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 ☐ **jeudi après-midi** 14h-17h30

Bulletin à renvoyer à : l.vincent@acd.fr ou e.delaunay@acd.fr
Inscription également possible sur le site 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).