

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).