

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...)***Bulletin à renvoyer à : m.lambolez@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).