# LA FORMATION

Intitulé de la formation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Formation en présentiel  Formation à distance  Formation mixte (en présentiel et à distance) 

Dates ou période retenues : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre d'heures / jours : ……………………………… Lieu de la formation: ………………………………………………………………………

Montant total : …………………………………………………… € HT Montant total : ……………………………………………………… € TTC

(Nos formations sont facturées TTC = HT+ 20% de TVA)

# LE STAGIAIRE PARTICIPANT

Nom : ……………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse (lorsque nécessaire) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………………………… Ville : ………………………………………………………………………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………………………………… Téléphone mobile : ………………………………………………………………

E-Mail : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**L’ENTREPRISE (si demande de prise en charge)**

Entreprise : ……………………………………………………… N° SIRET : I……I……I……I……I……I……I……I……I……I……I……I……I……I……I Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : I……I……I……I……I……I Ville : ………………………………………………………………………………………………………

Contact formation dans l’entreprise :

[ ]  M [ ]  Mme NOM : ………………………………………………………………… PRENOM : ………………………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………………………………… Téléphone mobile : ………………………………………………………………

E-Mail : ………………………………………………………………… OPCO (le cas échéant) …………………………………………………………………

**ACCESSIBILITE FORMATION**

Souhaitez-vous signaler ou discuter de certains éléments à prendre en compte pour l’organisation de la formation (handicap, problématiques personnelles, horaires ou aménagements liés à la santé, Etc.) ?

**VOTRE PROJET PEDAGOGIQUE**

VOTRE PROFIL & COMPETENCES ACTUELS :

VOTRE OBJECTIF PAR RAPPORT A LA FORMATION :

VOS ATTENTES PAR RAPPORT A LA FORMATION (AVANT / PENDANT / APRES)

DELAIS DE MISE EN ŒUVRE SOUHAITES DE LA FORMATION :

AUTRES REMARQUES SPECIFIQUES OU D’INTERET INTERESSANT LA FORMATION ET VOTRE PARTICPATION :

**TRAITEMENT DE MA DEMANDE**

[ ]  J'accepte que les informations renseignées ici soient traitées par DONNEO et ses partenaires de fonctionnement, le temps du traitement de ma demande. A défaut d’issue, mes données seront supprimées.

 ***DATE : SIGNATURE :***