

intitulé du stage

date

PARTICIPANT-E

nom

prénom

fonction exercée

formation(s)

tél.

courriel

adresse

code postal

ville

PRISE EN CHARGE

CIF

pôle emploi

individuelle

plan de formation de la structure

fonds propres de l'employeur

EMPLOYEUR

raison sociale

code NAF

siret

tél.

courriel

adresse

code postal

ville

responsable formation

adresse d'envoi de la convocation

code postal

ville

FACTURE À ADRESSER À

employeur

adresse (si différente)

OPCA

code postal

ville

tél.

courriel

VOS BESOINS ET ATTENTES POUR LA FORMATION

Quelles sont vos attentes pour cette formation ?

Que souhaitez-vous particulièrement aborder lors de cette formation ?

Quel(s) lien(s) faites-vous entre votre projet professionnel et cette formation ?

J'autorise Franche-Comté mission voix à utiliser, pour sa communication, les images prises pendant le stage et sur lesquelles je figure

J'accepte que mon contact soit diffusé auprès des stagiaires et des formateurs pour faciliter l'organisation et l'envoi des documents

Le soussigné atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente

à

le

cachet et signature de l'employeur
(nom et qualité du signataire)

signature du participant