








VOTRE ENTREPRISE		LE REPRESENTANT DE L'ENTREPRISE	
Raison sociale :		Prénom NOM :	
Code postal :		Fonction :	
Ville :		E-mail / téléphone : <input type="checkbox"/> 	
Vos attentes / votre problématique :			
Vos besoins / thèmes à aborder			
Vos attendus (à la fin de la formation, vos collaborateurs devront être capables de :)			
Fonctions des collaborateurs concernés : / niveau de formations			
Nombre de participants	Durée souhaitée:	Période souhaitée :	Lieun de formation souhaité :
Points particuliers d'organisation ou de logistique :			
Autre :			
Parmi les personnes inscrites, certaines ont-elles un besoin spécifique, au regard d'une situation de handicap ?		OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, notre référent Handicap vous contactera		     	

A réception de ce bulletin, nous vous contacterons pour finaliser votre besoins et les attendus, confirmer le profil des participants, partager la planification et les aspects d'organisation, et identifier les premières propositions .Nous vous adresserons à suivre le devis correspondant, accompagné d'un programme détaillé. Après validation, nous engagerons le processus complet d'inscription.