**Informations générales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement : |  |
| Type d’établissement : |  |
| N° de SIRET : |  |
| Code service CHORUS |  |
| Adresse de l’établissement : |  |
| Représentant de l’établissement : |  |
| Financeur des formations (si différent) |  |
| Contact administratif |  |
| Mail : |  |
| Téléphone : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LA FORMATION** :  | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte de la demande de** |  |
| Objectifs attendus de la formation |  |
| Public à former (grade/métier) |  |
| Service de rattachement des stagiaires |  |
| Nombre de sessions demandées |  |
| Calendrier souhaité (mois/année) |  |
| Nombre d’agents à former |  |
| Un stagiaire en situation de handicap participera-t-il ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formation souhaitée dans vos locaux** : |  |
| Salle de Formation à disposition ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Volume de la salle |  |

|  |
| --- |
| **Précision :** équipements souhaités : vidéoprojecteur/son dédié/paperboard/tableau Weleda |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LA FORMATION** :  | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte de la demande de** |  |
| Objectifs attendus de la formation |  |
| Public à former (grade/métier) |  |
| Service de rattachement des stagiaires |  |
| Nombre de sessions demandées |  |
| Calendrier souhaité (mois/année) |  |
| Nombre d’agents à former |  |
| Un stagiaire en situation de handicap participera-t-il ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formation souhaitée dans vos locaux** : |  |
| Salle de Formation à disposition ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Volume de la salle |  |

|  |
| --- |
| **Précision :** équipements souhaités : vidéoprojecteur/son dédié/paperboard/tableau Weleda |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LA FORMATION** :  | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte de la demande de** |  |
| Objectifs attendus de la formation |  |
| Public à former (grade/métier) |  |
| Service de rattachement des stagiaires |  |
| Nombre de sessions demandées |  |
| Calendrier souhaité (mois/année) |  |
| Nombre d’agents à former |  |
| Un stagiaire en situation de handicap participera-t-il ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formation souhaitée dans vos locaux** : |  |
| Salle de Formation à disposition ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Volume de la salle |  |

|  |
| --- |
| **Précision :** équipements souhaités : vidéoprojecteur/son dédié/paperboard/tableau Weleda |