

CABINET DE LA FORÊT

21 avenue de la Forêt – 33700 MÉRIGNAC

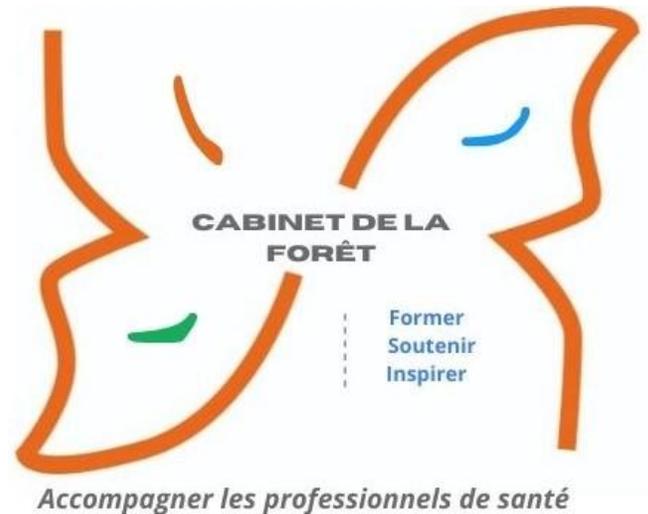
06 72 99 10 59 | f.gady@hotmail.fr

SIRET : 502 600 984 000 38

RPPS : 10009596668

Déclaration d'activité N° 75331173733

<http://www.psychologuemerignac.com>



BULLETIN D'INSCRIPTION

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Intitulé de la formation :

À noter

Dates de la session : *à déterminer*

Lieu de la formation : *à déterminer*

Durée totale : 17,5 heures

Modalité : Présentiel

Organisme de formation : CABINET DE LA FORÊT

N° de déclaration d'activité : 75331173733

Référente formation : Françoise GADY – 06 72 99 10 59 – f.gady@hotmail.fr

IDENTITÉ DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e) – Employeur :

Demandeur d'emploi – Identifiant Pôle Emploi :

Autre (précisez) :

BESOINS ET ADAPTATIONS

Notre organisme est engagé dans une démarche d'accessibilité et d'inclusion des personnes en situation de handicap

Si vous êtes en situation de handicap, merci de nous le signaler afin que nous puissions mettre en place les adaptations nécessaires à votre accueil et à votre parcours de formation."

Souhaitez-vous nous faire part d'une situation particulière (handicap, besoin d'adaptation spécifique...) afin d'organiser au mieux votre accueil ?

Oui

Non

Si oui, **notre référent handicap** prendra contact avec vous

Françoise GADY

Téléphone : 06 72 9910 59

Mail : f.gady@hotmail.fr

PRISE EN CHARGE

Financement personnel

Prise en charge par l'employeur / OPCO

Nom de l'entreprise : _____

Nom de l'OPCO : _____

Contact RH / Responsable formation : _____

Email / Téléphone : _____

Financement Pôle emploi (AIF)

Nom du conseiller : _____

Identifiant Pôle emploi : _____

Autre financement (FIFPL, AGEFICE, Région, etc.)

Précisez : _____

ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je certifie l'exactitude des informations transmises et m'engage à suivre l'ensemble de la formation dans les conditions prévues.

Date : Signature du participant :