

Intitulé de la Formation \_\_\_\_\_

Dates de session choisies \_\_\_\_\_

## PARTICIPANT (E)

Mme  M  Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Profession et/ou fonction : \_\_\_\_\_

## SI PROFESSIONNEL LIBERAL

Téléphone personnel \_\_\_\_\_ professionnel \_\_\_\_\_

Mail du participant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## Si SALARIE (E)

Nom de la structure \_\_\_\_\_

Nom du responsable \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Mail du responsable \_\_\_\_\_

## PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP :

Quelles sont les adaptations dont vous pouvez d'ores et déjà nous faire part :

Accès centre et/ou salle spécifique : oui  non

- si oui lequel \_\_\_\_\_

Aménagement de la salle oui  non

- si oui lequel \_\_\_\_\_

Aides humaines oui  non  ou techniques oui  non

- si oui lesquelles \_\_\_\_\_