

## FICHE D'INSCRIPTION FORMATION 2014

A RENVoyer PAR FAX AU 05 49 88 73 27 OU PAR COURRIEL A : [safran@arftlv.org](mailto:safran@arftlv.org)

**Saisir vos données directement sur le formulaire suivant - Imprimer le document rempli pour signature et envoi.**

N° action	Intitulé	Dates et lieu
V03	Elaborer avec l'entreprise une action de formation pour des salarié(e)s en difficulté avec les savoirs de base	Les 7 octobre, 20 et 21 novembre 2014 à Poitiers (86)

**Vos coordonnées :**

Mme  Mr

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (lieu d'exercice de votre activité où vous pouvez être contacté(e)) : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel (pour accusé réception fiche et confirmation participation) : \_\_\_\_\_

**Votre fonction principale dans le champ de l'emploi et de la formation**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formateur(trice) avec pour domaine(s) d'intervention (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> Chargé(e) d'accueil et d'information                                |
| <input type="checkbox"/> Responsable de formation ou coordinateur pédagogique                  | <input type="checkbox"/> Chargé(e) de projet, de mission                                     |
| <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) en formation  | <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) en orientation, bilan, accompagnement professionnel |
| <input type="checkbox"/> Fonction administrative, technique ou commerciale                     | <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) ou accompagnateur(trice) en insertion               |
| <input type="checkbox"/> Directeur(trice) ou dirigeant(e) structure                            | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____  |

**Votre situation actuelle :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié(e) en CDI       | <input type="checkbox"/> Salarié(e) en contrat aidé      |
| <input type="checkbox"/> Salarié(e) en CDD       | <input type="checkbox"/> Bénévole                        |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi      | <input type="checkbox"/> Indépendant (activité libérale) |
| <input type="checkbox"/> Agent fonction publique | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____        |

**Votre tranche d'âge**

- 25 ans  
 + 25 ans  
 + 45 ans

**Votre employeur**

Raison sociale de l'organisme, association, collectivité... : \_\_\_\_\_

Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse (pour envoi des conventions de formation et tout courrier administratif) : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Type de structure :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Organisme de formation public        | <input type="checkbox"/> Administration, collectivité territoriale |
| <input type="checkbox"/> Organisme de formation privé         | <input type="checkbox"/> Organisme collecteur                      |
| <input type="checkbox"/> Organisme consulaire                 | <input type="checkbox"/> Organisme bilan de compétences            |
| <input type="checkbox"/> Structure d'accueil et d'orientation | <input type="checkbox"/> SIAE                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                  |

Date et signature du bénéficiaire

Lu et approuvé. Date, cachet et signature de l'employeur