Fiche de renseignement formation présentielle

**Date du contact : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Journées d’étude et de formation des ambulanciers**

**Date :**

**Lieu :**

# L’établissement ou de l’entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement/entreprise** |  |
| **Nom et prénom du responsable** |  |
| **Nom et prénom du contact** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |
| **Activité** |  |
| **Code NAF** |  |
| **Numéro SIRET** |  |
| **Nombre de salariés** |  |
| **OPCA** |  |

# Les stagiaires et les formations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Date de naissance** | **Fonction ou grade du stagiaire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Situation d’handicap

**Afin de pouvoir accueillir dans les meilleurs conditions les stagiaires en situation d’handicap, merci de bien vouloir nous le signaler.**

# Les attentes et besoins

(Les informations collectées seront traitées par les formateurs lors de la formation)