

Merci de compléter ce formulaire et de le retourner par email. Confirmation sous 48h — Convention de formation et devis personnalisé transmis à réception.

01 — INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Nom

Prénom

Fonction / Intitulé de poste

Ancienneté dans le poste

Email professionnel

Téléphone direct

Adresse professionnelle

02 — ÉTABLISSEMENT / STRUCTURE EMPLOYEUR

Nom de la structure

Type de structure

N° SIRET

Effectif total

Responsable formation / DRH

Email du responsable

Secteur d'intervention :

- Travail social Santé / Médico-social Éducatif / Protection enfance Insertion / Emploi Psychiatrie Handicap
 Interculturel Autre : _____

03 — FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation demandée

Date(s) souhaitée(s)

Durée

Nb de participants

Lieu souhaité

Ville / Département

Format

- Inter-établissements Intra-établissement Hybride (présentiel + distanciel) 100% distanciel

04 — FINANCEMENT

- OPCO (précisez : _____) Plan de développement des compétences CPF ANFH AGEFIPH Financement personnel

N° de prise en charge

Organisme financeur

05 — CONTEXTE & BESOINS SPÉCIFIQUES

Décrivez brièvement votre contexte ou tout besoin particulier

06 — ENGAGEMENT & SIGNATURE

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations fournies et autorise Confluence Expertise à traiter ces données dans le cadre de ma demande de formation (RGPD).

Fait à

Le

Signature & cachet de l'établissement
