



N° SIRET : 326 480 621 000 27
N° d'enregistrement : 42 67 03 144 67

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Un exemplaire par stagiaire
A retourner à l'adresse mail suivante : s.woloszyn@adiral-assistance.fr

FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Lieu de la formation : _____

Date(s) de la formation : _____

INFORMATION PARTICIPANT

Madame

Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Poste occupé : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Expérience professionnelle en lien avec la formation : _____ années

BESOINS ET ATTENTES DU PARTICIPANT A LA FORMATION

Merci au participant d'indiquer ci-dessous, quelles sont ses attentes et ses besoins par rapport à la formation afin d'optimiser au mieux le contenu de formation :

ETABLISSEMENT

Dénomination sociale de l'établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

N° SIRET : _____



N° SIRET : 326 480 621 000 27
N° d'enregistrement : 42 67 03 144 67

ADRESSE DE FACTURATION (si différente de l'adresse ci-dessus)

Adresse : _____

Le règlement s'effectue à réception de la facture.

COMMENTAIRES

L'ADIRAL a mis en place une procédure d'accompagnement de stagiaires en situation de handicap. Si le participant à la formation est en situation de handicap, il peut s'il le souhaite nous le notifier dans la partie commentaires en précisant le type de handicap via ce formulaire. Cela nous permettra de proposer, si cela est possible, une adaptation des supports de formation ou d'outils qui permettrait au stagiaire de suivre l'action demandée. Si toutefois, nous ne pouvons répondre aux besoins, nous pouvons orienter le stagiaire et/ou son responsable ou faire appel à nos partenaires pour nous accompagner avant validation de l'inscription.

Pour tout handicap moteur, nos locaux situés 3 rue Kellermann à MUNDOLSHEIM, sont accessibles, cela ne nécessite pas de procédure particulière autre que l'éventuel aménagement de la salle de formation.

En cochant cette case, j'accepte les termes du règlement intérieur joint ou accessible sur le site WEB (<https://www.adiral-assistance.fr/formations>)

Fait à _____, le _____

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____

Signature et cachet de l'établissement

Signature du stagiaire