

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Un exemplaire par stagiaire

A retourner à l'adresse mail suivante : [formation@adiral.fr](mailto:formation@adiral.fr)

### FORMATION

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Lieu de la formation : \_\_\_\_\_

Date(s) de la formation : \_\_\_\_\_

### INFORMATION PARTICIPANT

Madame

Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modèle de matériel utilisé (respirateur, ...) : \_\_\_\_\_

Mode(s) ventilatoire(s) utilisé(s) : \_\_\_\_\_

### ETABLISSEMENT

Dénomination sociale de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_



Version 6.1

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

ADIRAL  
3 rue Kellermann  
Z.A des Maréchaux – C.S. 11004  
67451 Mundolsheim Cedex

Tél. : 03 88 18 08 37  
Fax : 03 88 20 36 32  
E-mail : [info@adiral.fr](mailto:info@adiral.fr)  
Site web : [www.adiral.fr](http://www.adiral.fr)

N° SIRET : 32648062100027  
Code APE : 8610Z  
N° TVA : FR 89326480621