

Formulaire de demande d'action délocalisée

Tous les champs ci-dessous doivent être renseignés pour que votre (vos) demande(s) soi(en)t traitée(s).

ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement d'accueil de la formation:.....

Code de l'établissement:.....

Nom de la personne référente:.....

Téléphone:

E-mail:.....

Cachet de l'établissement:

ACTIONS DE FORMATION SOUHAITÉES (à classer par ordre de priorité)

Attention, en dessous de 8 agents présents (ou 5 agents en distanciel), les frais pédagogiques pourront être imputés sur votre plan de formation.

1.....

Organisme choisi :

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

Nom(s) d'établissement(s) associé(s) ou intéressé(s) :

-
-

2.....

Organisme choisi :

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

Nom(s) d'établissement(s) associé(s) ou intéressé(s) :

-
-

3.....

Organisme choisi :

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

Nom(s) d'établissement(s) associé(s) ou intéressé(s) :

-
-