

COMMANDITAIRE/FINANCEUR

Nom- prénom : _____ Fonction : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

Nom et adresse de l'établissement :

Secteur d'activité : _____ Numéro SIRET : _____

Personne référente de l'action de formation (si différente du commanditaire) :

Nom- prénom : _____ Fonction : _____

Mail : _____ Téléphone : _____

Thèmes de formation :

- Pratiques de l'hygiène dans le médico-social ou au domicile
 Tutorat AS

Liste des bénéficiaires de l'action de formation

Nom	Prénom	Fonction

Description du besoin de formation : changement, adaptation à de nouvelles contraintes ou opportunités, orientation stratégique ...

Devons-nous prévoir des aménagements spécifiques ou adaptations pour certains de vos bénéficiaires qui sont porteurs d'un handicap ? Si oui, lesquels ?

Une convention de formation professionnelle est envoyée à l'employeur pour signature.
La convocation est envoyée directement à l'employeur qui la transmettra au bénéficiaire.
Une attestation de suivi de formation est délivrée au bénéficiaire à la fin de l'action de formation.
L'établissement ci-dessus mentionné s'engage à régler la totalité des frais de formation.

Date

Cachet et signature