

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.

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

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

-
-
-

2.

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

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

-
-
-

3.

Nombre de personnes pressenties pour suivre cette formation :

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

-
-
-