



Nom et Prénom du stagiaire :

Date de naissance :

Adresse postale du stagiaire :

.....

Adresse e-mail du stagiaire :@.....

Numéro de téléphone portable du stagiaire :

Situation actuelle :

Demandeur d'emploi

Salarié

Autre :

SI PRISE EN CHARGE PAR PRESCRIPTEUR

Coordonnées de l'organisme de prise en charge de la formation :

.....

.....

SI DEMANDEUR D'EMPLOI

Inscrit POLE EMPLOI en catégorie 1 ou 2 depuis au moins 6 mois dans les 12 mois précédents

Inscrit en catégorie 4 CRP/CTP /CSP

Titulaire RSA Oui Non

VOTRE FORMATION

EN INITIALE : CAP/BEP Bac Bac + 2 Bac + 3 Bac + 4 Bac + 5 et plus

EN PROFESSIONNELLE : Gestion Technique Vente Autre :





Qualification du dernier emploi :

Activité envisagée :

Lieu d'implantation :

Degrès de maturité :

- Intention
- Projet
- Création - Lancement

Nature du projet :

- Création
- Reprise
- Location - gérance
- Sédentaire
- Non-sédentaire

Identification de l'entreprise :

- Enseigne :
- Activité :
- Type d'organisation :
- Nombre de salariés :
- Forme juridique :
- Surface de vente :

Quelles sont vos attentes et objectifs vis-à-vis de cette formation ?

.....
.....

Quelle est la période souhaitée pour effectuer cette formation ?

Du 12 au 16 février 2024 - Du 8 au 12 avril 2024 - Du 17 au 21 juin 2024

Du 7 au 11 Octobre 2024 - Du 2 au 6 Décembre 2024

Avez-vous des contraintes spécifiques qui doivent être prise en compte lors de la formation (Situation d'handicap) ? Oui - Non

Si oui, lesquelles

.....
.....

