

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 /CSPTitulaire RSA ☐ Oui ☐ Non**VOTRE FORMATION**EN INITIALE : ☐ CAP/BEP ☐ Bac ☐ Bac + 2 ☐ Bac + 3 ☐ Bac + 4 ☐ Bac + 5 et plusEN 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 17 au 21 février 2025 - Du 14 au 18 avril 2025 - Du 16 au 20 juin 2025

Du 13 au 17 Octobre 2025 - Du 8 au 12 Décembre 2025

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

Si oui, lesquelles

.....
.....