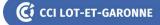


## "5 jours pour entreprendre"

## PRE-INSCRIPTION 1/2

| 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:   |





## "5 jours pour entreprendre"

## PRE-INSCRIPTION 2/2

| 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 ?                                       |
| 2u 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   |
|  |
|  |

