## BULLETIN D’INSCRIPTION

Désignation des formations : Bilan de compétences

Formation 1 :

Formation 2 :

Formation destinée aux : Demandeurs d’emploi, Collaborateurs d’entreprises, Professionnels de santé, spécialiste de l’accompagnement, praticiens, psychologues…

Nom et prénom : BEN AYED Sarah

Adresse complète :

Code postal et ville :

Téléphone : 06 99 83 75 67

Mail : sarah.b.ayed@gmail.com

Poste occupé :

Code APE si société:

Nom de votre entreprise :

SIRET de votre société :

DATE :

Signature de demandeur de la formation :

**Bulletin à retourner à :**

Khépri Formation

Tél : 06 60 47 71 64

Mail : evelyne.revellat@kheprisante.fr

TEST DE POSITIONNEMENT

Etiez-vous gérant de votre entreprise :

Quel était le secteur de votre activité :

Quel était votre poste au sein de l’entreprise :

Depuis combien de temps Etiez-vous sur ce poste :

Quels étaient votre rôle et vos responsabilités au sein de l’entreprise ?

Est-ce pour vous une formation de perfectionnement et un élargissement des compétences ?

Est-ce une aide à l’élaboration d’un projet professionnel ?

Quelles sont, si vous en avez, vos difficultés dans vos activités ou vos responsabilités actuelles ?

Quels sont vos atouts au sein de votre poste ?

Etes-vous à l’origine de votre inscription à cette formation ?

Si non qui en a eu l’initiative ?

Quelles sont vos motivations pour être accompagnée pour ce bilan de compétences :

Quelles attentes en avez-vous :

Remarques libres :