## BULLETIN D’INSCRIPTION

**Devenir Praticien en EFT**

Formation destinée : Professionnels de santé, spécialiste de l’accompagnement, praticiens, psychologues…

Nom et prénom : Mme AUGUSTE Céline

Adresse complète : 4, rue Antonio Vivaldi

Code postal et ville : 26200 Montélimar

Téléphone : 06 85 56 88 16

Mail : celine.auguste@outlook.com

Poste occupé : Infirmière (Code APE : 8690F – Activités d’accompagnement de soins humains)

Nom de votre entreprise : Céline AUGUSTE

SIRET de votre société : 824 05014000014

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

Etes-vous gérant de votre entreprise :

Quel est le secteur de votre activité :

Quel est votre poste au sein de l’entreprise :

Depuis combien de temps êtes-vous sur ce poste :

Quel est votre rôle et vos responsabilités au sein de l’entreprise ?

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

Quels sont vos atouts au sein de votre poste ?

Rencontrez-vous des difficultés d’organisation ? A quel niveau ?

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

Si non qui en a eu l’initiative ?

Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation :

Quelles attentes en avez-vous :

Remarques libres :