## BULLETIN D’INSCRIPTION

Désignation de la formation :

Date de la formation:

Nombre de jours :

Adresse du lieu de formation :

Montant :

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

Nom et prénom :

Adresse complète :

Code postal et ville :

Téléphone :

Mail :

Poste occupé :

Code APE si société:

Nom de l’entreprise :

Adresse de l’entreprise :

Nom du représentant légal :

SIRET de votre société :

Code APE :

DATE :

Signature de demandeur de la formation :

**Bulletin à retourner à :**

Khépri Formation

Tél : 06 60 47 71 64

Mail : evelyne.revellat@khepriformation.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 ?

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 suivre cette formation :

Quelles attentes en avez-vous :

Remarques libres :