KhépriFormation
Santé & Qualité de Vie au Travail

DATADOCKÉ

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@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 ?

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 :