

(à transmettre par courrier à Appui Santé 26-07
ou par mail à l'adresse : formation@appuisante2607.fr)

Intitulé de la Formation _____

Dates de session choisies _____

PARTICIPANT-E :

Mme M Nom _____ Prénom _____

Profession et/ou fonction : _____

Inscription à titre : Libéral Salarié

Téléphone personnel _____ professionnel _____

Mail du participant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville _____

Si SALARIE-E :

Nom de la structure _____

Nom du responsable _____ Téléphone _____

Mail du responsable _____

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Quelles sont les adaptations dont vous pouvez d'ores et déjà nous faire part :

Accès centre et ou/salle spécifique : oui non

- si oui lequel _____

Aménagement de la salle oui non

- si oui lequel _____

Aides humaines oui non ou techniques oui non

- si oui lesquelles _____