

Formulaire de demande de formation

**INTITULÉ FORMATION :** .....

**CANDIDAT**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse postale (Voie/n°/ville/code postal) : .....

Téléphone (de préférence portable) : .....

E-mail : .....

Profession : .....

**PROJET PROFESSIONNEL**

**Objectifs et attentes de la formation** (Définissez en quelques ligne votre projet de carrière, les objectifs et attentes que vous avez vis-à-vis de la formation demandée) : .....

**Expérience professionnelle** (Dénomination métier/durée) : .....

**Parcours AFGSU**

N° de diplôme initial (si existant) : ..... Date : .....

N° attestation(s) de recyclage : ..... Date(s) : .....

**MODALITÉS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES :**

**Convention et facture à envoyer à** (Nom/adresse/code postal/ville) .....

**ORGANISATION**

Besoins en matière d'accessibilité ou d'accompagnement spécifique en lien avec une situation de handicap : .....

**DÉPÔT DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

Je confirme avoir lu et accepté :  Le règlement intérieur  Le livret d'accueil  Les conditions tarifaires  En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées par le Pôle Formation du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique pour me contacter