



## BULLETIN D'INSCRIPTION A retourner par courrier ou par mail

**A.E.P.**

**Pôle Formation**

Déclaration d'activité enregistrée  
sous le numéro  
93 83 03825 83  
auprès du préfet de la région  
Provence Alpes Côte d'Azur

Intitulé de la formation : Promouvoir une prise en charge bientraitance

Dates 15 et 16 septembre 2022

Lieu de la formation : 312 A Avenue Jean Monnet 83 190 OLLIOULES

Coût de la formation : 400€

### Stagiaire

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email .....

Fonction .....

Etablissement de fonction

Dénomination : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom du responsable formation : .....

## Modalités d'inscription

### AEP Pôle formation s'engage :

- A faire parvenir à l'entreprise une convention de formation (celle-ci, dûment signée par les deux parties -employeur et Pôle formation- constituera définitivement l'inscription du stagiaire)
- A faire parvenir à l'entreprise les Conditions Générales de Ventes de notre organisme
- A adresser DEUX semaines avant le stage, la convocation accompagnée du programme détaillé et les renseignements relatifs à son organisation.
- A envoyer à l'établissement en fin de stage une attestation d'assiduité et la facture correspondante des sommes dues, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction entreprise.
- A remettre au stagiaire un certificat de stage en fin de stage

## FICHE DE RECUEIL DES BESOINS

Pour nous permettre de cibler au plus près l'ensemble de vos attentes et objectifs individuels, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire.

1. Qu'attendez-vous de cette formation :

- Un développement de vos compétences
- La possibilité d'utiliser vos acquis de formation dans vos pratiques professionnelles quotidiennes
- Un développement personnel
- Autre (précisez) :

2. En vous référant au programme de formation, indiquez ce qui est prioritaire pour vous et pourquoi :

3. Quel est selon vous votre niveau de connaissance sur le sujet :

- Très bon       Bon       Moyen       Faible

4. Avez-vous le Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

- Oui       Non

5.- Avez-vous des besoins d'aménagement spécifiques au regard de votre état de santé.

- Oui       Non

Nous sommes à l'écoute de vos besoins et étudions toute demande d'aménagement spécifique.  
Merci de contacter notre référent handicap : V. TERRASSE 04 94 98 04 42