



FICHE D'EXPRESSION DU BESOIN ACTION DE FORMATION

n°....

Stagiaire / Entreprise demandeur(se) :

Prénom/Nom ou Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Définissez votre besoin : (OBLIGATOIRE)

La formation que le CFNP vous propose pour couvrir ce besoin :

> FORMATION PIZZAIOLO :

Identifiez l'interlocuteur du CFNP :

La personne identifiée ci-dessous par le Client représente l'Interlocuteur privilégié du CFNP. Ce contact fournit les documents et informations requises pour répondre de manière précise au besoin exprimé. Il certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués et l'authenticité des documents fournis au CFNP, avant, pendant et après la prestation effectuée.

Nom/Prénom : MME REYNAUD JULIE

Téléphone : 06 23 02 50 73

Fonction : ASSISTANTE ADMINISTRATIVE

Email : jureno2010@hotmail.fr

Complétez les informations indispensables au CFNP pour répondre à votre besoin :

Activité(s) du futur stagiaire :

Activité principale :

Activité(s) secondaire(s) :

Expérience(s) du futur stagiaire :

Formation(s) déjà réalisée(s) en rapport avec le besoin exprimé effectuée(s) à ce jour

OUI ☐

Lesquelles ?

NON ☐

Pourquoi ?

Présence d'un ou plusieurs handicap(s) ? Si tel est le cas : mise en relation possible avec diverses associations spécialisées.

OUI ☐

Quel(s) handicap(s) ?

NON ☐

Fiche d'expression de besoin renseignée par :

Le :

Ce document est la propriété exclusive du CFNP. Toute reproduction intégrale ou partielle, toute utilisation par des tiers ou toute communication à des tiers, sans accord préalable écrit du CFNP est illicite et expose l'auteur à des poursuites.