



## Préinscription - Étude et validation des prérequis - Bilan de positionnement

**Formation :**  
**Date de la formation :**

### FORMULAIRE GENERAL

Le Stagiaire s'engage à assurer sa présence aux dates, lieux et heures prévus. Il certifie avoir pris connaissance des informations suivantes avant de s'engager :

- TARIFS**
- MODALITÉS DE RÈGLEMENT**
- CONDITIONS FINANCIÈRES PRÉVUES EN CAS DE CESSION ANTICIPEE DE LA FORMATION OU ABANDON DE STAGE**
- PROGRAMME DE FORMATION** incluant :
  - o les objectifs
  - o les modalités d'évaluation de la formation (contrôle des connaissances)
  - o la liste des formateurs avec mention des titres et qualités
- HORAIRES**
- RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

Article L6353-8 du Code du travail

### STAGIAIRE

Je soussigné, NOM/PRÉNOM : \_\_\_\_\_, entreprendre cette formation :

- à titre individuel et à mes frais
- en tant que salarié bénéficiant d'un financement de mon employeur
- en tant que demandeur d'emploi bénéficiant d'un financement public
- à titre personnel bénéficiant d'un financement public (CPF)
- en tant que gérant non-salarié, profession libérale ou autre cas (préciser) : \_\_\_\_\_

Article L6353-3 et L6353-4 du Code du travail

J'ai noté que les informations qui me seront demandées, sous quelque forme que ce soit, ne pourront avoir comme finalité que d'apprecier mon aptitude à suivre l'action de formation, qu'elle soit sollicitée, proposée ou poursuivie.

Ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'action de formation.

- Je m'engage à répondre à ces demandes d'informations de bonne foi

Article L6353-9 du Code du travail

Je dispose d'un délai de 10 jours pour me rétracter par lettre recommandée. En cas de financement personnel je verserais un acompte (égal à 30 %) passé ce délai.

Date

Pour le stagiaire

Pour l'entreprise

10 RUE JOSEPHINE SAINT VICENS  
66330 Cabestany

Déclaration d'activité de formation 76660225966

TVA FR40524171196

Siret 524171196

LECLUZE JULIE lieu de formation 10 rue Joséphine San Vicens 66330 CABESTANY - siège social 41 avenue Victor Dalbiez 66000 PERPIGNAN -

SIRET: 524171196 - code APE 9602B - Forme Juridique EIRL - TVA FR40524171196

Déclaration d'activité de formation enregistrée sous le n° 76660225966 du préfet de région de L'Occitanie

**Formation :****Date de la formation :**

Ce bilan de positionnement a pour objectif d'évaluer les prérequis et les compétences déjà acquises par les participants avant leur inscription à la formation mentionnée ci-dessus. Il permettra de mieux adapter le contenu et le déroulement de la formation en fonction des besoins spécifiques de chacun.

**STAGIAIRE**

Nom Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

**PRÉREQUIS** **Expérience professionnelle :**

- Nombre d'années d'expérience dans votre domaine :
- Description des expériences professionnelles pertinentes :

 **Formation antérieure :**

- Diplômes ou certifications obtenus dans le domaine de la formation :
- Autres formations suivies en lien avec le domaine :

 **Compétences déjà acquises :**

Veuillez indiquer votre niveau de maîtrise pour chaque compétence mentionnée ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante : 1 Niveau débutant - 2 Niveau intermédiaire - 3 Niveau avancé - 4 Niveau expert

Compétences	Niveau de maîtrise
Cil à cil	
Volume russe	
Réhaussement de cils	
Brow lift Henné	
Microblading	

 **Compétences Commentaires supplémentaires :**

Veuillez fournir tout commentaire supplémentaire ou toute autre information pertinente concernant vos prérequis ou vos compétences déjà acquises.