

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 ANTICIPÉE 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'apprécier 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

Lecluze Julie Institut & Academy
10 RUE JOSEPHINE SAINT VICENS
66330 Cabestany
Déclaration activité formateur 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 :
 - o Nombre d'années d'expérience dans votre domaine :
 - o Description des expériences professionnelles pertinentes :
- Formation antérieure :
 - o Diplômes ou certifications obtenus dans le domaine de la formation :
 - o 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.