

Titre de la formation	
Dates	Lieu
<h2 style="color: #4F81BD;">INFORMATIONS PARTICIPANTS</h2>	
NOM	Prénom
<input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle <input type="checkbox"/> Prise en charge employeur <input type="checkbox"/> Financement par un OPCO (merci de nous indiquer les modalités de facturation)	
Nom de la structure (si prise en charge employeur)	
Fonction dans la structure/profession	
Adresse	Adresse de facturation (si différente) :
Téléphone personnel	Téléphone professionnel
Courriel (pour courriers administratifs)	Courriel (pour informations pratiques)
Comment avez-vous connu cette formation ?	
<input type="checkbox"/> Recherche internet <input type="checkbox"/> Catalogue/affiches <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Bouche à oreille <input type="checkbox"/> Autres :	
Quels sont vos besoins, attentes vis-à-vis de la formation ?	
<i>Merci de répondre à cette question, ces informations aident les formateurs à adapter ses contenus. Dans le cas où ceux-ci ne sembleraient pas en accord avec les objectifs de formation, nous nous réservons le droit de vous contacter.</i>	

A retourner par courrier à **IFMAN Co – Le Kaléidoscope – 12, rue Ursin Scheid – 76140 LE PETIT QUEVILLY**
 ou par mail à **ifmanco@ifman.fr**