

FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION À LA FORMATION

 **Merci de nous retourner cette fiche par mail à formation@mdavendee.fr (1 fiche/participant)**

CHOIX DE LA FORMATION

- Word
- Excel
- Logiciel EBP
- Subvention et budget prévisionnel
- Développer sa structure-
- communication-outil digital
- Google Drive-Form-Agenda
- Hello asso
- Facebook
- Canva
- Wordpress
- Le recrutement professionnel
- Fonctionnement d'une association
- L'entretien professionnel
- SST initiale (Sauveteur secouriste du travail)
- Technique de gestion de violence physique (TECH-GV)
- Bien communiquer
- Education bienveillante
- Parler en public & gérer son stress

DATE DE FORMATION SOUHAITÉE

.....

IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

Nom de l'association:

Adresse siège social :

Code postal :

Ville :

Tél :

Secteur d'activité :

Nom du président :

E-mail de facturation :

Adhérent de la MDAV :

- Oui
- Non

En cochant cette case, vous approuvez que l'association dont vous êtes membre et le CA valide votre participation à la formation professionnelle

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :

Poste occupé.....

N°secu:.....

Date :.../.../.....

lieu de naissance:

.....

Etes-vous en situation de handicap :

- Oui
- Non

Etes-vous dans l'association :

- Salarié(e) de l'association
- Bénévole de l'association

FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION À LA FORMATION 2

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :

Poste occupé.....

N°secu:.....

Date :.../.../.....

lieu de naissance:

.....

Etes-vous en situation de handicap :

Oui

Non

Etes-vous dans l'association :

Salarié(e) de l'association

Bénévole de l'association

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :

Poste occupé.....

N°secu:.....

Date :.../.../.....

lieu de naissance:

.....

Etes-vous en situation de handicap :

Oui

Non

Etes-vous dans l'association :

Salarié(e) de l'association

Bénévole de l'association

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :

Poste occupé.....

N°secu:.....

Date :.../.../.....

lieu de naissance:

.....

Etes-vous en situation de handicap :

Oui

Non

Etes-vous dans l'association :

Salarié(e) de l'association

Bénévole de l'association

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :

Poste occupé.....

N°secu:.....

Date :.../.../.....

lieu de naissance:

.....

Etes-vous en situation de handicap :

Oui

Non

Etes-vous dans l'association :

Salarié(e) de l'association

Bénévole de l'association

En cochant cette case, vous approuvez que l'association dont vous êtes membre et le CA valide votre participation à la formation professionnelle