



Fiche Renseignements Stagiaire Formation

RENSEIGNEMENTS CANDIDAT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date

de naissance : .../.../..... Tèl : Mail :

Statut :

CURSUS SCOLAIRES :

Année	Ecole	Cursus	Diplôme obtenu

FORMATION :

Année	Formation

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :

Dates	Expériences professionnelles

--	--

76 Avenue André Maginot – 37 100 Tours – Tél : 02 47 37 81 26 – mail : ayurvedaetmassagesdumonde@gmail.com
Organisme enregistré sous le numéro 24 37 03656 37 auprès du préfet de la Région Centre

Les motivations du candidat :

(Expliquer en quelques lignes pourquoi vous désirez faire cette formation, dans quel objectif et votre motivation)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FORMATIONS CHOISIES et DATES :

- -
-

FINANCEMENT FORMATION :

Personnel

OPCO :

Autres

Le solde devant intervenir avant la fin de la formation

Date entrée en formation :

<i>Date et signature candidat</i>	<i>Date et signature Centre formation</i>

6 Avenue André Maginot – 37 100 Tours – Tél : 02 47 37 81 26 – mail : ayurvedaetmassagesdumonde@gmail.com
Organisme enregistré sous le numéro 24 37 03656 37 auprès du préfet de la Région Centre