

Adresse (si différente de l’entreprise) .............................................................................................................................

Code postal .............................................................Ville..................................................................................................

Si tout ou partie du règlement est effectué par votre OPCO (ou un autre financeur)

Nom OPCO .................................... Nom correspondant formation ...............................................................................

Téléphone............................................ Mail ...................................................................................................................

Facturation

Intitulé du stage de la formation .....................................................................................................................................

Référence ................................................. Dates de session ..........................................................................................

Lieu de formation .............................................................Coût total ................................................................…………….

La formation est-elle réalisée par le salarié dans le cadre d’un CPF ? ( ) OUI ( ) NON

**Dans le cadre de l’alternance, nom et prénom du tuteur** :………………………………………………………………………………………..

Poste du tuteur (ou maitre d’apprentissage) :…………………………………………………………………………………………………………….

Formation tuteur : Oui /Non si oui, date de formation : ………………………………………………………………………

 Contexte et objectif de la demande……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Besoins spécifiques……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mesure à prendre……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

La formation

Nom ..................................................................... Prénom..............................................................................................

Fonction .............................................................. Téléphone..........................................................................................

Mail ..................................................................................................................................................................................

Adresse (si différente de l’entreprise)..............................................................................................................................

Code postal .............................................Ville...................................................................................................................

Le stagiaire

Raison sociale ...............................................................................................................................................................

Adresse .........................................................................................................................................................................

Code postal .................................................Ville...........................................................................................................

Téléphone .................................................. Réseau d’appartenance ( ) EQIP ( ) ALGOREL

N°SIRET .......................................................Convention collective ...............................................................................

**Personne chargée du dossier d’inscription**

Nom ........................................................... Prénom.......................................................................................................

Fonction .................................................... Téléphone....................................................................................................

Mail .................................................................................................................................................................................

Adresse (si différente de l’entreprise)..............................................................................................................................

Code postal .................................................Ville..............................................................................................................

L’entreprise

**A retourner par mail :** n.gourdol@2nd-academy.fr

**Par Courrier :** 2nd ACADEMY

Parc WILSON - Bâtiment B4 - 31 rue Wilson

69150 DECINES-CHARPIEU

Document mis à jour le 17/01/2023 V2

Date, signature et cachet de l’entreprise

Données personnelles : Vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par l’intermédiaire du site www.2nd-academy.fr ou par courrier.

Pour exercer ce droit, il vous suffit d’adresser un courrier postal. Toute demande de suppression de vos données implique cependant la clôture de votre compte Client. Les données personnelles vous concernant, recueillies par l’intermédiaire de ce bulletin d’inscription, en ligne ou non, sont utilisées par 2nd ACADEMY uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l’objet d’aucune communication à des tiers.

Un bulletin par personne et par module de formation

**CADRE RESERVE 2nd ACADEMY**

Bulletin reçu le :

Validation de la demande

🞎 Le bulletin est validé

🞎 La formation ne correspond pas à la demande

**DEMANDE DE FORMATION…**