**Thème de la formation :**

|  |
| --- |
| Nom de l’organisme :Coordonnées de l’organisme : Adresse :Tel : Mail :Nom du.de la responsable :Coordonnées du.de la responsable (si différentes) :Adresse :Tel : Mail :Identification SIRET :Moyen matériel mis à disposition par la structure : □ ordinateur □ vidéo projecteur □ écran □ câble (HDMI/VGA)□ A défaut mise à disposition du matériel par le CIDFF 94  Lieu de la formation identifié : □ oui □ NonSi oui, adresse : Conditions d’accueil et d’accès des personnes en situation de handicap : |

|  |
| --- |
| Date ou période de la formation souhaitée :Nombre de personnes à former :Stagiaire(s) en situation de handicap : □ oui □ NonAttentes : |

**A renvoyer à : formation.cidff94@gmail.com**