**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 □ Non  Si 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 □ Non  Attentes : |

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