



Nom de la Structure :	
Intitulé de formation retenue :	
Dates de la session envisagée :	
Prérequis de la formation :	

## Listes des salariés bénéficiaires de l'action de formation :

H/F	Nom	Prénom	Fonction	<u>Expérience dans la fonction</u> (durées en mois/années et certificats pour formation sécurité ou secours)	Prérequis satisfaits (OUI/NON) (réponse obligatoire)	Travailleur en situation de handicap* (OUI / NON)	Adresse mail



H/F	Nom	Prénom	Fonction	<u>Expérience dans la fonction</u> (durées en mois/années et certificats pour formation sécurité ou secours)	Prérequis satisfaits (OUI/NON)	Travailleur en situation de handicap* (OUI / NON)	Adresse mail

\* Afin de garantir l'accès en formation de tous, merci de nous signaler au plus tôt, si l'un de vos salariés est porteur d'un handicap ou d'une pathologie nécessitant une adaptation de la formation. Dans l'affirmative, merci de prendre contact avec la Référent Handicap :

Mme Patricia BIGOT –

Tél : 07.85.74.65.63.

Mail : [directionformation@unagironde.org](mailto:directionformation@unagironde.org).

Je certifie que les personnes inscrites à la formation, disposent bien des prérequis ci-dessus mentionnés, préalable nécessaire à l'entrée en formation.

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

Signature et tampon (**obligatoire**) du donneur d'ordre :

UNA FORMATION GIRONDE ([unagironde.org](http://unagironde.org))

UNION DEPARTEMENTALE DE LA GIRONDE DE L'AIDE, DES SOINS ET DES SERVICES AUX DOMICILES

3 avenue Pasteur - 33600 PESSAC

SIRET 421 375 064 000 43 – N° de déclaration d'activité : 723 308 493 33

Tél : 05.56.01.13.19 - 07.85.74.65.63 / Mail : [formation@unagironde.org](mailto:formation@unagironde.org) (V3\_MAJ avril 2023 par VC)