



BESOINS en FORMATIONS

Vous recherchez une formation ? Inscrivez vos souhaits dans cette fiche.

Fiche à remplir et à retourner à afbtp@canl.nc

INFORMATION EMPLOYEUR/ENTREPRISE À INSCRIRE SUR LA CONVENTION

NOM DE LA SOCIÉTÉ :

ADRESSE :

BP : CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. : E-MAIL :

RIDET :

NOM DU RESPONSABLE :

NOM DU DIRIGEANT :

CONTACT :

PERSONNES PARTICIPANT À LA FORMATION

FORMATION(S) (Type et catégorie)	DATE(S) ou période souhaitée	NOM-PRÉNOM ou nombre de besoin estimé	Si CACES précisez avec ou sans test	Observations / Contraintes

Le/..../....

Cachet et signature,