



FORMATION EN INTRA CAHIER DES CHARGES

A Photocopier et à retourner à :

MEDICAL INTERFACE
2, PLACE ANTONIN JUTARD - 69003 LYON
ou à faxer au 04 78 95 39 68

■ ETABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT PUBLIC PSPH PRIVÉ

ETABLISSEMENT

ADRESSE (com plète)

TÉL FAX

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :

M^{ME} M^{LLE} M

PRÉNOM NOM

FONCTION SERVICE

TÉL FAX

E-MAIL

■ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE

VOUS SOUHAITEZ :

ADAPTER UN PROGRAMME DU CATALOGUE SUR SITE
MERCİ DE PRÉCISER LE TITRE DE LA FORMATION SOUHAITÉE

CONCEVOIR UN PROJET PÉDAGOGIQUE SUR-MESURE
MERCİ DE PRÉCISER LES DIFFÉRENTS THÈMES QUI DOIVENT CONSTITUER CE PROJET

POUR NOUS PERMETTRE DE RÉPONDRE PLUS PRÉCISÉMENT À VOS ATTENTES,
MERCİ DE DÉFINIR PLUS PRÉCISÉMENT VOTRE PROJET :

À QUELS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES, POUR L'ÉTABLISSEMENT ET/OU LES STAGIAIRES, DOIT RÉPONDRE
CETTE ACTION DE FORMATION ?

ESTIMATION DU NOMBRE DE PARTICIPANTS : 5 À 12 12 À 16 16 À 20 PLUS DE 20

FONCTION DES PARTICIPANTS :

NOMBRE DE JOURNÉES SOUHAITÉES :

PÉRIODE SOUHAITÉE :

L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE :

- D'UN MICRO-ORDINATEUR : OUI NON

- D'UN VIDÉO-PROJECTEUR : OUI NON

- D'UNE SALLE INFORMATIQUE ÉQUIPÉE : OUI* NON

*AVEC CONNEXION INTERNET : OUI NON