

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
ou par e-mail à contacts@medical-interface.fr

■ ÉTABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT : ÉTABLISSEMENT : PUBLIC - ESPIC - PRIVÉ

ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE COMPLÈTE :

.....

TÉL : FAX :

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :

M^{ME} - M PRÉNOM : NOM :

FONCTION :

TÉL : FAX :

e-MAIL :

■ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE

VOUS SOUHAITEZ :

ADAPTER UN PROGRAMME DU CATALOGUE SUR SITE

MERCI DE PRÉCISER LE TITRE DE LA FORMATION SOUHAITÉE

.....

CONCEVOIR UN PROJET PÉDAGOGIQUE SUR-MESURE

MERCI DE PRÉCISER LES DIFFÉRENTS THÈMES QUI DOIVENT CONSTITUER CE PROJET

.....

.....

POUR NOUS PERMETTRE DE RÉPONDRE AU MIEUX À VOS ATTENTES, MERCI 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 : 4 À 12 12 À 16 PLUS DE 16

FONCTIONS DES PARTICIPANTS :

NOMBRE DE JOURNÉES SOUHAITÉES : PÉRIODE SOUHAITÉE :

L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE :

- D'UN ORDINATEUR : OUI NON

- D'UN VIDÉO-PROJECTEUR : OUI NON

- D'UNE SALLE DE FORMATION AVEC CONNEXION INTERNET : OUI NON

- D'UNE SALLE INFORMATIQUE ÉQUIPÉE AVEC CONNEXION INTERNET : OUI NON