

# FORMATIONS 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](mailto:contacts@medical-interface.fr)

## ■ ÉTABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT : ..... ÉTABLISSEMENT :  PUBLIC  ESPIC  PRIVÉ

ÉTABLISSEMENT : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL : ..... FAX : .....

### PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :

M<sup>ME</sup> -  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 THEMES 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

FONCTION 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