

**FORMULAIRE**

CFD SAF FOR 001

Page : 1 / 1

Version : 04

Date : 16/01/2017

**RENSEIGNEMENTS PRÉALABLES À L'ÉLABORATION
D'UNE CONVENTION DE FORMATION****GROUPEMENT DE DÉVELOPPEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE DES FORMATIONS**

Centre de formation départemental

Document à compléter et à retourner

SDIS 68 – 7, avenue Joseph REY – 68000 COLMAR – Fax : 03.89.30.22.90 – courriel : accueil.gmfor@sdis68.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FORMATION

Intitulé	
Dates	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement			
Adresse			
Code postal		Commune	
Correspondant			
Téléphone		Fax	
Courriel			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'APPRENANT

Titre / Grade		Prénom		NOM	
Né(e) le		à		Code postal	
Adresse		Code postal		Commune	
Téléphone		Portable		Courriel	
SPV	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Affectation		

Je soussigné (Titre, nom, fonction) :

confirme la demande de convention de formation selon les modalités renseignées ci-dessus.

Fait à :

le

Signature et cachet