

DEMANDE D'INTERVENTION

Afin d'étudier votre besoin, nous vous remercions de compléter ce formulaire et nous le retourner par mail à p2rfp@addictions-sedap.fr. Nous reprendrons contact avec vous sous un délai de 15 jours après réception (hors vacances scolaires).

VOTRE STRUCTURE :

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

MAIL :

SITE INTERNET :

NOM DU REFERENT DE LA PRESENTE DEMANDE :

FONCTION :

TELEPHONE :

MAIL :

INTITULE DE LA PRESTATION SOUHAITE :

.....

La prestation sera-t-elle prise en charge par un OPCO

Oui

Non

Autre :

BENEFICIAIRES :

Salariés : Oui

Non

Professions :

Autre :

Nombre de participants :

Contraintes spécifiques : Oui Non

(liées à des situations de handicap, logistiques, autre)

Lesquelles :

Adaptation(s) souhaitée(s) :

DATE DE MISE EN PLACE SOUHAITEE :

(Prévoir entre deux et trois mois de délai pour la mise en place)