

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Analyse du besoin · À compléter avant validation de l'inscription

Ce document recueille les informations nécessaires à l'inscription. Le positionnement pédagogique et les évaluations sont tracés uniquement dans le fichier central de suivi.	
Formation	Rituel Corps AMSARI
Durée / format	14 heures · 2 jours · présentiel · 1 à 2 bénéficiaires
Lieu habituel	35 avenue Sadi Carnot, 13200 Arles
Responsable	Marion BELTRAN · 06 43 93 00 39 · lestheticienne@laposte.net
Dates envisagées	.....

1. Identité et situation

Nom et prénom	.....
Téléphone / e-mail	.....
Adresse	.....
Statut	☐ Indépendante ☐ Salariée ☐ Cheffe d'entreprise ☐ Recherche d'emploi ☐ Autre :
Entreprise / SIRET	.....
Financement	☐ Personnel ☐ FAFCEA ☐ Employeur ☐ Autre :

2. Vérification des prérequis

Prérequis : disposer d'un diplôme ou d'une expérience professionnelle dans l'esthétique, le bien-être ou le massage.

Diplôme(s)	Intitulé, année :
Expérience	Fonction, domaine, durée :
Justificatif	☐ Diplôme ☐ CV / attestation ☐ À fournir avant validation
Conclusion	☐ Prérequis satisfaits ☐ À confirmer ☐ Non satisfaits

3. Projet et besoin

Projet professionnel	.....
Résultat attendu	.....
Expérience du modelage corps	☐ Aucune ☐ Occasionnelle ☐ Régulière — Précisions :
Contraintes connues	Disponibilités, déplacement, rythme, autre :

4. Besoins spécifiques, handicap et accessibilité

Besoin déclaré	☐ Non ☐ Oui ☐ Je souhaite en parler confidentiellement
Nature / adaptation utile	.....
Le lieu habituel de formation n'est pas accessible PMR. Si la situation l'exige, Marion loue un local accessible pour la session. La solution est décidée avant la formation et l'adresse définitive figure sur la convocation.	
Solution envisagée	☐ Sans objet ☐ Local accessible PMR ☐ Autre adaptation :
Adresse adaptée	Le cas échéant :

5. Analyse et décision de Marion

Besoin reformulé	.....
Adaptation retenue	☐ Aucune ☐ Pédagogique ☐ Organisationnelle ☐ Accessibilité Préciser :
Décision	☐ Inscription validée ☐ Complément nécessaire ☐ Report / orientation
Complément demandé	.....

6. Validation

La bénéficiaire confirme l'exactitude des informations communiquées. Les données sont utilisées uniquement pour organiser et adapter la formation, dans le respect des obligations de conservation applicables.

Bénéficiaire	Nom : Date :/...../..... Signature :
Marion BELTRAN	Date :/...../..... Signature :