

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Organisme de formation	SKIN GLOW BY DIA
------------------------	------------------

Intitulé de la formation	Créer une activité d'épilation définitive à visée non thérapeutique
--------------------------	---

IDENTITÉ DU STAGIAIRE

Champ	À compléter
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse e-mail	
Téléphone	
Fonction / Poste	

Avez-vous besoin des besoins /compensations spécifiques * ?

☐ Oui
☐ Non

* Notre formation est accessible aux personnes en situation de certains handicaps. Lors de l'inscription, nous étudions avec vous à travers un questionnaire lors d'un entretien individuel, les actions que nous pouvons mettre en place pour favoriser votre apprentissage.

REMARQUES/SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

Fait à :

Date :

Signature du stagiaire précédée de la mention « lu et approuvé » :

RÉVISIONS		
Date	Nature de la modification	Version
01/01/26	Mise en forme du document	1