|  |
| --- |
|  Vous souhaitez vous préinscrire à une formation auprès d'Irsa formation et nous vous en remercions.  Une fois le formulaire de pré-inscription complété, nous éditerons votre demande et vous transmettrons les documents nécessaires à votre inscription. ▶ Si vous êtes une entreprise / employeur, veuillez compléter le questionnaire à partir de la question 10. |

Informations générales

1. Civilité ¹

☐ Mme ☐ M.

☐ Sans réponse

2. NOM

|  |
| --- |
|  |

3. Prénom

|  |
| --- |
|  |

4. Date naissance (ex : 21/02/1985)

|  |
| --- |
|  |

5. Adresse - code postal - ville

|  |
| --- |
|  |

6. Email

|  |
| --- |
|  |

7. Téléphone

|  |
| --- |
|  |

8. Personne en situation de handicap ¹

☐ Oui ☐ Non

☐ Sans réponse

*Avez-vous des besoins spécifiques à prendre en compte pour votre entrée en formation ?*

|  |
| --- |
|  |

9. Situation professionnelle ¹

☐ Salarié(e) ☐ Profession libérale/Fonctionnaire ☐ Demandeur d’emploi ☐ Aidant(e) familial(e)

☐ Sans réponse

☐ Autre :

*Si vous êtes en activité, quelle est votre fonction ?*

|  |
| --- |
|  |

10. Secteur d'activité \*¹

☐ Médico-social ☐ Social ☐ Sanitaire ☐ Service public

☐ Autre :

Contexte de la demande de préinscription

11. Quel est votre objectif ? \*¹

☐ Intérêt personnel ☐ Besoin familial ou personnel ☐ Maintien dans l'emploi , actualisation des connaissances ☐ Développement des compétences ☐ Changement de métier ou évolution professionnelle

12. Avez-vous déjà suivi une formation au sein de l'Irsa ? \*¹

☐ Oui ☐ Non

*Si oui, laquelle ? et en quelle année ?*

|  |
| --- |
|  |

13. Comment avez-vous connu notre centre de formation ? \*¹

☐ Site Internet Irsa ☐ Facebook ☐ Linkedin ☐ Bouche à oreille ☐ Recommandation de l’employeur ☐ Recommandation d’un organisme financeur

☐ Autre :

Pour quelle(e) formation(s) souhaitez-vous vous pré-inscrire ?

14. Handicap Auditif (un ou plusieurs choix possible(s))

☐ Rencontrer une personne malentendante ou sourde – Mieux connaître pour mieux interagir [ HA1 ] ☐ Handicap Auditif - Savoir mobiliser les moyens de compensation adaptés [ HA2 ] ☐ Prévention des risques liés aux bruits en milieu professionnel [ HA3 ] ☐ Langue des Signes Française (LSF) [ HA4 ]

☐ Sans réponse

*En cas d’inscription pour la formation LSF [ HA4 ] : quel est votre dernier niveau acquis ? en quelle année ? Avec quel organisme de formation ?*

|  |
| --- |
|  |

15. En cas d’inscription pour la formation LSF [ HA4 ] : sur quel(s) niveau(x) souhaitez-vous vous préinscrire ?

☐ A1.1 ☐ A1.2 ☐ A1.3 ☐ A1.4 ☐ A2.1 ☐ A2.2 ☐ A2.3 ☐ A2.4

☐ Sans réponse

*Remarque : dans le cas où votre dernier niveau acquis a été dispensé par un autre organisme ou d’interruption trop longue entre 2 niveaux de formation (+ d’1 an), une évaluation préalable et gratuite sera nécessaire.*

|  |
| --- |
|  |

16. Handicap Visuel (un ou plusieurs choix possible(s))

☐ Rencontrer une personne malvoyante ou non voyante - Mieux connaître pour mieux interagir [ HV1 ] ☐ La technique de guide. Principes de base, pratique en intérieur et en extérieur [ HV2 ]

☐ Sans réponse

17. Accompagnement (un ou plusieurs choix possible(s))

☐ Communication Alternative Améliorée (CAA) niveau 1 - Généralités [ AT1 ] ☐ Communication Alternative Améliorée (CAA) niveau 2 – Mise en œuvre de la démarche [ AT2 ] ☐ La communication gestuelle associée à la parole/Bébé signe [ AT3 ] ☐ La coordination de parcours [ AT4 ] ☐ MDH-PPH : Modèle de Développement Humain-Processus de Production du Handicap [ AT5 ]

☐ Sans réponse

18. Accessibilité

☐ Troubles sensoriels et accessibilité du bâti [ AE1 ]

☐ Sans réponse

19. Si vous êtes une entreprise / employeur, veuillez préciser le nombre de personne(s) à préinscrire

|  |
| --- |
|  |

Financement de la formation

20. Qui finance votre formation ? \*¹

☐ Individuel ☐ Formation continue (plan de développement des compétences entreprise) ☐ OPCO (Opérateur de compétences) ☐ Subvention (Pôle Emploi - Région - Agefiph...)

☐ Autre :

21. Nom du/des organisme(s) financeur(s)

|  |
| --- |
|  |

22. Mail pour l'envoi de l'enquête satisfaction destinée au financeur

|  |
| --- |
|  |

23. Nom et coordonnées de l'entreprise / employeur (adresse - téléphone)

|  |
| --- |
|  |

24. Nom et coordonnées complètes de la personne en charge du dossier

|  |
| --- |
|  |

25. Mail pour l'envoi de l'enquête satisfaction destinée à l'entreprise / employeur

|  |
| --- |
|  |

*\* : La réponse est obligatoire.*

*¹: Ne cocher qu'une seule option.*