

## POSITIONNEMENT DIAGNOSTIC PREALABLE A LA FORMATION

### Date:

Origine du contact: Appel  Visite  Internet  Autre  \_\_\_\_\_

Formation demandée: \_\_\_\_\_

### Etat civil:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Si vous êtes une entreprise ou que votre entreprise vous finance:

Raison sociale: \_\_\_\_\_ Contact: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nombre de salarié à former: \_\_\_\_\_

Précisions: \_\_\_\_\_

### Situation face à l'emploi:

Employé  Dirigeant  Demandeur d'emploi  Autre

Votre fonction: \_\_\_\_\_

### Besoin en formation:

Permis de conduire: Code de la route  Conduite

Formation Post-Permis

Formation basée sur la route ou la sécurité routière en entreprise

Autre \_\_\_\_\_

Dates en formation souhaitées: \_\_\_\_\_

### Motivations personnelles et professionnelles:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Les difficultés d'apprentissage:

Avez-vous un handicap reconnu: Oui  Non

Si oui, lequel: \_\_\_\_\_

Avez-vous des difficultés d'apprentissage: Oui  Non

Troubles de l'attention  Troubles de la coordination (gestes, regard...)

Difficultés de lecture  Difficultés d'écriture

Difficultés de compréhension  Difficultés numériques

Autre \_\_\_\_\_