



FORMATION PROFESSIONNELLE EN LANGUE

Établissement _____

VOUS

Mademoiselle

Madame

Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Téléphone _____

E-mail _____

VOTRE FORMATION

Langue(s) souhaitée(s)

- Anglais
 Français
 Russe

- Espagnol
 Italien
 Autre : _____

Niveau linguistique

- je ne sais pas
 élémentaire A2

- débutant complet A0
 indépendant seuil B1

- découverte A1
 avancé B2

Intéressé(e) pour

Moi-même

_____ (nombre de) salarié(s) de l'entreprise*

*Merci de préciser : Nom(s), Prénom(s) – Fonction – Téléphone – E-mail

Type de formation
Période souhaitée

intra-entreprise inter-entreprise

Printanière avril-juin

Estivale juillet-septembre

Automnale octobre-décembre

Hivernale janvier-mars

Date précise

Veuillez indiquer les dates :

Date de début _____

Date de fin _____

Horaires préférés

matin

après-midi

soir

autre ; précisez : _____

Avez-vous ouvert votre
compte CPF ?

oui

non

je ne sais pas

Nombre d'heures

40 heures

60 heures

100 heures

autre ; précisez : _____

Vos besoins linguistiques :

CeFoLiAc Centre de Formations Linguistiques Actionnelles

S.A.R.L. au capital de 10 000 €

N° TVA intracommunautaire : FR34521363432

10, Avenue Jean MERMOZ – 06 230 Saint Jean Cap Ferrat

Tél +33(0)4 935 432 25

Mob +33(0)6 829 508 48

Mail info@cefoliac.com

Site www.cefoliac.com

APE 8559A

N° SIREN 521 363 432 RCS Nice

N° d'activité : 93 06 06829 06

Banque LCL Beaulieu sur Mer

IBAN FR21 3000 2032 3200 0007 2154 P69

BIC-SWIFT CRLYFRPP