



FORMATION PROFESSIONNELLE EN LANGUE

Établissement _____

VOUS

Mademoiselle

Madame

Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Téléphone _____

E-mail _____

VOTRE FORMATION

Langue(s) souhaitée(s)

Anglais

Espagnol

Français

Italien

Russe

Autre : _____

Niveau linguistique

je ne sais pas

débutant complet A0

découverte A1

élémentaire A2

indépendant seuil B1

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

intra-entreprise

inter-entreprise

Période souhaitée

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
Banque LCL Beaulieu sur Mer

N° SIREN 521 363 432 RCS Nice
IBAN FR21 3000 2032 3200 0007 2154 P69

N° d'activité : 93 06 06829 06
BIC-SWIFT CRLYFRPP