



Intitulé de la formation :

Date de la formation :

NOM, Prénom :

Structure :

Commune ou Communauté de communes de :

Adresse professionnelle :

Courriel professionnel :

Adresse personnelle :

Numéro de portable ou téléphone fixe personnel :

Courriel personnel :

Statut :

- Agent territorial Oui / Non⁽¹⁾
précisez :
- Bibliothécaire bénévole Oui / Non⁽¹⁾
- Bibliothécaire bénévole qualifié (ABF, Formation initiale BDSL, DUT métiers du livres...) Oui / Non⁽¹⁾
- Autre, précisez :

Le cas échéant, suggestion d'un partenaire local pour la constitution en binôme interprofessionnel :

.....

Souhaitez-vous, si c'est organisé, déjeuner avec les autres participants ? **Oui / Non⁽¹⁾**

J'autorise la BDSL à utiliser mon image sur tout support de communication **Oui / Non⁽¹⁾**

Fait le _____, à _____, _____,

Le stagiaire
(signature)

Le maire / Président de la collectivité de tutelle
(signature)

A retourner à la BDSL

⁽¹⁾Rayer la mention inutile