|  |
| --- |
| **L’Organisme demandeur : OF  CFA  OF- CFA  Autre  (Précisez : …………………………………)**  Raison sociale : ………………………………………………………………………………Si OF, N° déclaration OF :..........……………………………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Code Postal et Ville : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Prénom et Nom de la Direction : ……......................................................................................................................................................................  N° de téléphone de la Direction (portable ou n° fixe direct) : .…………...................................................................................................................  Mail de la Direction (adresse personnalisée) : ..........................................................................................................................................................  Votre organisme est-il engagé dans une démarche d’obtention du label Certif’Région ?  ** Oui  Non**  Pour les OF, votre organisme intègre-t-il une section apprentissage ?  ** Oui  Non** |
| **Personne souhaitant s’inscrire à la formation (futur-e Référent-e Handicap) :**  Prénom et Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Fonction au sein de l’organisme : …………………………………………………..…………………………………………..………………………………  N° de téléphone (portable ou n° fixe direct) : …………………………………………………………………………………………………………………  Mail (adresse personnalisée) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………  Adresse (si différente du siège) : …………………………………………………………………………………………………………………………………  **Inscription : Session à Montpellier  Session à Narbonne  Session à Toulouse  Distanciel **  **Dates de la session :**  **Les attentes motivant l’inscription :**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Afin que cette formation soit accessible à tous, nous invitons les personnes qui ont besoin d’aménagements à nous le signaler en nous contactant directement ou en précisant ici leurs attentes :**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Nous autorisez-vous, une fois que vous serez officiellement Référent Handicap, à mentionner vos coordonnées directes dans l’annuaire des Référents Handicap de la Région\*\* :

**** Oui pour mon mail et mon numéro de téléphone direct

**** Oui pour mon mail uniquement

**** Oui pour mon téléphone direct uniquement

**** Aucun des deux

**Signature de la Direction (pour validation de la demande) :**