

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Client :	<input type="text"/>	Ville /Réseau :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Fonction :	<input type="text"/>	Affaire-Projet	<input type="text"/>

## PROJET DE FORMATION

## N° Demande :

Fiche formation :	OUI	N° <input type="text"/>	Titre :	<input type="text"/>		
	NON	<input type="text"/>				
Description du besoin :	<input type="text"/>					
Liste de Produits :	<input type="text"/>					
Informations complémentaires :	<input type="text"/>					
Niveaux :	Introduction <input type="checkbox"/>	Base <input type="checkbox"/>	Avancée <input type="checkbox"/>	Expert N1 <input type="checkbox"/>	Expert N2 <input type="checkbox"/>	Expert N3 <input type="checkbox"/>
Ligne de Produits :	Ferroviaire/LGV <input type="checkbox"/>	Métro <input type="checkbox"/>	VAL <input type="checkbox"/>	RER <input type="checkbox"/>	Tramway <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Autres, précisez (ex: MAJ) :	<input type="text"/>					
Nombre participants / stagiaires :	Introduction / Base	Avancée	Expert			
(*) Contingent mutualisable déclencheur de session	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	6 mini * / 10 max.	4 mini * / 6 max.	2 mini * / 3 max.			
Liste (Nom / Prénom) :	<input type="text"/>					

## OPTIONS / RENSEIGNEMENTS DIVERS

Hébergement :	OUI <input type="checkbox"/>	Nom / Hôtel :	<input type="text"/>
	NON <input type="checkbox"/>	Coordonnées :	<input type="text"/>
Moyens de transport :	<input type="text"/>		
Date d'arrivée :	<input type="text"/>	Date de départ :	<input type="text"/>

## CENTRE DE FORMATION

Rédaction de convention :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
N° de convention :	<input type="text"/>		
Validation fiche de Formation N° :	<input type="text"/>		
Contact Formation : NOM - Prénom - Fonction :	<input type="text"/>		
Durée :	<input type="text"/>	Nombre de session(s) :	<input type="text"/>
Programmation initiale :	<input type="text"/>		

## VALIDATION

NOM - Prénom :	<input type="text"/>	Date :	<input type="text"/>
Service / Fonction :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>