

Coordonnées :

Nom : Prénom :
Fonction actuelle :
Société : Ville : Tél. :
Domaine d'activité :
Nombre de personnes à former : ...

Dates souhaitées / envisagées :

Prise en charge de la formation par un organisme : Oui / Non

Définition de votre besoin (sur quel(s) matériel(s), compétences et connaissances que vous souhaitez acquérir pour vos équipes)

.....
.....

Normalisation particulière à respecter (Merci de préciser) :

Automobile, Aéronautique, Ferroviaire, Alimentaire, Autre

.....

Avez-vous vu un programme qui pourrait être en rapport avec vos attentes ? (voir catalogue programme sur notre site web <https://www.arotechnologies.com/fr-FR/588/formation>)

.....
.....

Objectifs/attentes par rapport au stage (applications à réaliser après le stage)

.....
.....
.....

Commentaires :

.....
.....

Personnel en situation de handicap : Oui / Non

Si oui de quel ordre (surdité, vue etc....) :

Merci de retourner ce questionnaire par mail ou voie postale pour que nous puissions évaluer votre besoin et vous faire la proposition la plus adaptée :

- ✓ aroservice-formation@arotechnologies.com
- ✓ **ARO WELDING TECHNOLOGIES SAS** – 1 Avenue de Tours
Mme Christine COLAS – ARO Service Département Formation
CHATEAU DU LOIR – 72 500 MONTVAL SUR LOIR

NB : A remplir de préférence par le demandeur (RH, Formation ou du service concerné)