AUTO MOTO FORMATION

Siret : 848 745 527 00020
Adresse mail : contact@automotoformation.fr
Téléphone : 07 83 82 92 61

Agrément Préfectoral : E 26 033 0003 0
Numéro de formation professionnelle : 75.33.15708.33
Code NAF: 8553 Z

QUESTIONNAIRE

Critère 2

L'identification précise des objectifs des prestations proposées et l'adaptation de ces prestations aux publics bénéficiaires lors de la conception des prestations,
2,3- E n cas de demande de certification QUALIOPI en complément du label, décrire et formaliser le procédé de positionnement et d'évaluation utilisé au sein de l'école de conduite et le mettre à la disposition du public.

- **NOM :**
- **PRENOM :**
- **DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**
- **ADRESSE :**
- **CODE POSTAL :** **VILLE :**

Quelles sont vos motivations (facteurs qui vous poussent à vous inscrire) ?

Quels sont vos acquis ? (formations, examens, diplômes, permis déjà obtenus…)

Quelles sont vos expériences en rapport avec la formation ?

Quel est l’organisme qui vous oriente vers cette formation (employeur, France travail, autre) ?

Quelles sont vos disponibilités afin de réaliser cette formation (fréquence et intensité souhaitées)?

Quelle prise en charge est prévue concernant le financement ?

Quelles sont vos attentes vis à vis de la formation ? Avez-vous des objectifs spécifiques ?

Date et signature