

Fiche du suivi du stagiaire

INFORMATION DU STAGIAIRE

NOM :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

FORMATION ENVISAGEE

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | MSN | <input type="checkbox"/> | DE JEPS | <input type="checkbox"/> | Bloc 1 | <input type="checkbox"/> | Bloc 2 |
| <input type="checkbox"/> | Bloc 3 | <input type="checkbox"/> | Bloc 4 | <input type="checkbox"/> | Bloc 5 | | |
| <input type="checkbox"/> | Assistant Moniteur 1 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Assistant Moniteur 2 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Assistant Moniteur 3 | | | | | | |

COORDONATEUR DE LA FORMATION

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PANNIER Anthony | <input type="checkbox"/> | LAURENCIER-SEBILLOTTE Guilhaine |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|

REFERENT HANDICAP

LAURENCIER-SEBILLOTTE Guilhaine

06-73-37-04-64

agent.limoges@ffnatationlna.fr

ADAPTATIONS PROPOSEES