UNION DÉPARTEMENTALE SAPEURS POMPIERS DE LA VENDÉE

FICHE DE SUIVI D'INSCRIPTION D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE :

Intitulé de la formation :

_____

Date de la formation :

_____

Contrainte(s) humaine(s) :

_____

Nom et prénom :

_____

Numéro de téléphone du stagiaire :

_____

À REMPLIR PAR L'UDSP À RÉCEPTION :

Date de réception du formulaire :

_____

Date de prise de contact :

_____

Mise en place d'une procédure :

_____

Détermination de l'heure d'arrivée et du point de rencontre :

_____

Prise de contact n°2 à J-1 :

_____