

**PROJET D’ENTREE EN FORMATION**

La communication de données médicales à l’Agefiph et ses prestataires n’étant pas requise, nous vous remercions de bien vouloir ne pas en faire état dans la fiche de prescription ou dans tout autre support destiné à l'Agefiph dans le cadre du marché Inclu’Pro Formation Agefiph.

# PRESCRIPTEUR – INTERMEDIAIRE

**Identité de la structure :**

**Adresse postale :**

**Code postal :       Ville :**

**Nom et prénom du référent :**

**Mail :** **Téléphone :**

**Objectif(s) visé(s) :**

# BENEFICIAIRE

**Nom et prénom :**

**Adresse postale :**

**Code postal :** **Ville :**

**Mail :** **Téléphone :**

**Mode de contact à privilégier :**

[ ]  **Téléphone** [ ]  **Mail** [ ]  **Courrier**

**Objectif(s) visé(s) :**

# PRESTATAIRE

**Identité de la structure** :

**Nom et prénom du responsable pédagogique** :

**Adresse postale** :

**Code postal** :       Ville :

**Mail**:       **Téléphone** :