Questionnaire d’aide à l’analyse de besoin du demandeur de formation.

**FORMATION DU CENTRE BÉA INTITULÉE :**

**Ayurvéda, massage Abhyanga et spiritualité**

Date de la formation :

Votre nom, votre prénom :

Société (facultatif) :

Adresse :

Téléphone :

Situation pro (salarié, indépendant, gérant, demandeur d’emploi) :

Votre niveau de formation ?

Quel est votre niveau en Ayurvéda, en technique de massage ?



Pourquoi avez-vous besoin de cette formation ?

Pour quels objectifs ?

Avez-vous de contraintes de temps, lieu ?

Quels sont vos centres d’intérêts ?

Avez-vous des particularités à signaler (liées à vous-même, à ce projet) ?

Est- ce que vous êtes atteint d’un handicap ? si oui, lequel ?

Quelle est la subvention que vous visez ?

**SARL AXE FORMATION** – ALLEE DE BARCELONE - LES BUREAUX DU PARC - BATC - 66350 TOULOUGES

RCS PERPIGNAN : 424 471 621 – CODE APE : 7830Z – N° déclaration d’activité sous le numéro auprès du Préfet de la

Région OCCITANIE : 91660117766Tél : 04 68 82 95 94 - contact@axe-portage.fr

# FOR029-INDICE1