

AIDE A LA FORMATION DES BIBLIOTHÉCAIRES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VOTRE IDENTITÉ	NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse personnelle : Téléphone : Courriel :
VOTRE LIEU D'ACTIVITÉ	NOM : Adresse : Téléphone : Courriel :
VOTRE TUTELLE	NOM : Adresse : Téléphone : Courriel :
FORMATION ENVISAGÉE	Intitulé : Organisme : Adresse : Téléphone : Courriel :
COÛT ET FINANCEMENT	Montant de la formation : Montant de la prise en charge -par votre tutelle : -par un autre organisme : Autre (précisez) :
CADRE RÉSERVÉ AUX AMIS	Date de réception du dossier : Avis du Conseil d'administration : Montant accordé :