

TEST DE POSITIONNEMENT

« 2 ROUES »

Renseignements généraux

NOM / Prénom	
Adresse postale	
Coordonnées mail / téléphone	
Date de naissance	
Permis valide à ce jour	

Projet de l'apprenant

Expérience professionnelle	
Objectif professionnel	
Motivation(s) pour le suivi de cette formation	

Attentes vis-à-vis de la formation et motivation

Attente(s)	
Motivation(s)	

Disponibilité pour la formation

Temps que vous puissiez consacrer à la formation	
Périodes, horaires, journées disponibles pour la formation	

Equipements en votre possession

Casques, gants, tenues spécifiques, bottes/chaussures, ect..	
---	--

Fait à, le

Signature du demandeur

Signature du formateur GO ! FORMATIONS