

BULLETIN DE PRÉINSCRIPTION

Merci pour l'intérêt porté aux formations professionnelles de l'Institut de l'Onde Porteuse.

Afin de valider votre pré-inscription, merci de compléter les informations ci-dessous.

La session de formation qui vous intéresse :

Intitulé :

Dates :

Lieu :

Votre identité :

M., Mme. (rayez la mention inutile)

Nom* :

Nom de naissance :

Prénom* :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Vos coordonnées :

Adresse postale complète* :

Numéro de téléphone personnel* :

Numéro de téléphone professionnel :

Courriel personnel* :

Votre niveau de formation :

Adresse postale complète* :

Numéro de téléphone personnel* :

Numéro de téléphone professionnel :

Courriel personnel* :

Votre parcours professionnel :

Votre emploi actuel* :

Identifiant Pôle Emploi :

Votre employeur actuel*

Situation* : CDI CDD Autre :

Quels sont les diplômes, qualifications et certifications dont vous disposez ?*

Dans quel cadre cette formation peut-elle s'inscrire dans votre projet professionnel ?

Envisagez-vous une évolution professionnelle ? Une reconversion ?*

Votre rapport à la radio :

Comment pourriez-vous qualifier votre pratique radiophonique ?*

Comment pourriez-vous résumer votre niveau de connaissances en ce qui concerne la technique du son (prise de son, montage...) et le fonctionnement générale de la radio ?*

Etes-vous auditeur/trice de radio ? De podcasts ?*

Votre inscription :

1 - A quelle formation souhaitez-vous vous inscrire ?* :

2 - A quelle date se déroule la session de la formation à laquelle vous souhaitez vous inscrire ?* :

3 - Quelles sont les solutions de financement que vous envisagez pour cette session de formation ?* :

> **OPCO** > > cette sélection ouvre les questions suivantes

- 1, Nom de votre opérateur de compétence* :
- 2, Nom et fonction de votre représentant* :
- 3, E-mail* :
- 4, Adresse du siège social de la structure* :
- 5, N° SIRET de votre structure* :

> **Entreprise** > > cette sélection ouvre la question suivante

- 1, Nom de votre opérateur de compétence* :
- 2, Nom et fonction de votre représentant* :
- 3, E-mail* :
- 4, Adresse du siège social de la structure* :
- 5, N° SIRET de votre structure* :

> **Pôle Emploi** > > cette sélection ouvre la question suivante

- 1, Votre numéro d'identifiant* :
- 2, Ville d'inscription* :

> **Individuel** > > cette sélection ouvre la note d'information suivante :

« Le financement individuel est ouvert à un versement échelonné jusqu'en 10 fois. Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à nous joindre par téléphone au 06.48.62.79.81. Nos

formations ne sont pour le moment pas éligibles au CPF ».

4 - Quelles sont vos attentes vis à vis de cette formation ?*

5 - Si votre inscription s'avérait impossible pour cette session, désireriez-vous étudier de nouvelles dates ?*

6 - Comment avez-vous entendu parler de cette formation / de l'IOP ?*

Date :

* réponse obligatoire