



Formulaire de demande de FIT

COORDONNÉES

Organisation :

Date : (yyyy/MM/dd) :

Responsable :

Télécopieur :

Téléphone :

Courriel :

Poste :

FORMATION DEMANDÉE

Titre :

Durée : 6h 12h

Calendrier et horaire souhaités :

Lieu de la formation :

1er choix :

2ème choix (date) :

3ème choix (date) :

Téléphone d'urgence pour le formateur :

BUT DE L'ACTIVITÉ, RÉSULTATS ATTENDUS

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA SITUATION À AMÉLIORER OU CHANGEMENT PRÉVU

PARTICIPANTS VISÉS PAR CETTE FORMATION

Précisez le nombre :

Administrateur

Installateur

Architecte

Représentant des ventes

Architecte-paysagiste

Personnel d'entretien

Technologue

Membre de comité

Ingénieur

Personnel éducatif

Fabricant

Parent

NOTES OU COMMENTAIRES

Courriel de la personne responsable de la demande :

SVP RETOURNER PAR COURRIEL TÉLÉCOPIEUR À info@iqsaj.com