

FORMATION *sélectionnez la formation souhaitée*

- | | |
|---|-----------|
| ☐ Participer à un projet de coopération culture et santé | 1,5 jour |
| ☐ Concevoir, conduire et évaluer un projet de coopération culture et santé | 3,5 jours |
| ☐ Formation mesure d'impacts | 2 jours |
| ☐ Formation accessibilité | 4 jours |
| ☐ La Formation Mortelle | 1 jour |
| ☐ La Formation Recherche de financements | 3 jours |

Date(s) de la session *

** session maintenue sous réserve d'un nombre suffisant de stagiaires*

STAGIAIRE

Nom

Prénom

Fonction

Adresse postale (si formation à titre personnel)

Téléphone

E-mail

STATUT DU STAGIAIRE *en vue du financement*

- | | |
|---|--|
| ☐ Salarié·e — OPCO : | ☐ Demandeur d'emploi |
| ☐ Artiste-auteur·e | ☐ Auto-entrepreneur·e |
| ☐ Auto-financement | |

ENTREPRISE

Raison sociale

SIRET

Code NAF

Nom de la personne à contacter

Adresse postale

Téléphone

E-mail

RENSEIGNEMENTS *formation@culture-sante-na.com*

Clara Bourgeois · Directrice · 07 88 09 98 31
Clémence Cosset · Administratrice · 07 87 29 95 54

Signature

MAJ le 02/09/2026

