

FORMULAIRE INSCRIPTION FORMATION TAXI

1. ANALYSE DU BESOIN PROFESSIONNEL – INDIVIDUEL

DATE MISE A JOUR : 05-02-2025

Choix de formation

| | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| INITIALE | <input type="checkbox"/> | CONTINUE | <input type="checkbox"/> | MOBILITÉ | <input type="checkbox"/> | PRATIQUE | <input type="checkbox"/> | E-LEARNING | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|

DOSSIER A REMPLIR EN MAJUSCULE LISIBLE

Informations demandées obligatoires

- Cases à cocher selon votre situation actuelle.
- Tout dossier « non renseigné » est non traité.
- Dossier complet à envoyer au plus tôt.
- Préinscription par mail en PDF normandietaxisacademy@gmail.com
- Règlement par virement bancaire au plus tôt, avant la formation.

CANDIDAT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ARTISAN TAXI, GÉRANT | <input type="checkbox"/> CONJOINT COLLABORATEUR, ASSOCIE |
| <input type="checkbox"/> GÉRANT ASSIMILÉ SALARIÉ <input type="checkbox"/> SALARIÉ | <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI |

| | | | | | |
|--|-------------|------------------------|--|---------------|--|
| Nom et Prénom | | | | | |
| Coordonnées postales | | | | | |
| | Code Postal | | | | |
| | Ville | | | | |
| Téléphone | | Mail | | | |
| Date de Naissance | | Lieu de Naissance | | N°département | |
| Examen CCPCT obtenu le | | Dans le département n° | | | |
| Titulaire de la carte professionnelle n° | | Délivrée le | | | |
| Fin de validité formation continue le | | | | | |

(Date mentionnée sur votre dernière attestation de suivi FC ou 5 ans après votre date d'admission à l'examen.

2. VOTRE PROJET DE FORMATION

| | |
|--|--|
| Y a-t-il des points particuliers dans le cadre de votre projet de formation dans lesquels vous souhaitez améliorer vos compétences ? | |
| Êtes-vous confronté à une situation de handicap ou quelque autre difficulté qui nécessiterait un aménagement de la formation ? | |

3. ESPACE CENTRE DE FORMATION

| | |
|---|--|
| Date d'envoi de la proposition commerciale/convention | |
|---|--|

4. VÉRIFICATION DES PRÉ-REQUIS et DES DOCUMENTS RÉGLEMENTAIRES

| DOCUMENTS | INITIALE | CONTINUE | MOBILITÉ | PRATIQUE | E-LEARNING |
|--|----------|----------|----------|----------|------------|
| DOCUMENTS GÉNÉRAUX | | | | | |
| Carte d'identité RECTO et Verso | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Permis de conduire RECTO et VERSO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Certificat Médical d'aptitude | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| DOCUMENTS PROFESSIONNELS | | | | | |
| Carte professionnelle Taxi RECTO et VERSO | | ✓ | ✓ | | |
| Photocopie Diplôme du CCPCT | | ✓ | ✓ | | |
| Dernière Attestation de Formation Continue | | ✓ | | | |

5. ESPACE GRILLE TARIFAIRE

| | INITIALE | CONTINUE | MOBILITÉ | PRATIQUE | E-LEARNING |
|------|----------|----------|----------|----------|------------|
| Prix | 2 499€ | 300€ | 499€ | 249€ | 1 999€ |

| | | | | | |
|--------|--|---|--|--|---|
| TARIFS | | Prix HT NON SOUMIS A LA TVA ÉTABLISSEMENT NON ASSUJETTIE | | | Règlement par VIREMENT bancaire Envoyer par mail le justificatif bancaire du règlement effectué. |
|--------|--|---|--|--|---|

☐ JE M'ENGAGE À RÉGLER CETTE SOMME PAR VIREMENT BANCAIRE AVANT LA FORMATION CONCERNÉE.

6. ESPACE ENTREPRISE OU ET/PAYEUR

| | | | |
|----------------------------------|-------------|------|--|
| Nom de l'entreprise ou du payeur | | | |
| Coordonnées postales | | | |
| | Code Postal | | |
| | Ville | | |
| Nom et Prénom du contact | | | |
| Téléphone | | Mail | |

7. ESPACE ACCORD

- ☐ **Je certifie, comprends et accepte et donne mon accord pour les mentions suivantes :**
- ☐ Je comprends et j'accepte, que les dates, horaires et lieu de formation seront confirmés lors de la convocation ,envoyée avant l'entrée en formation, par mail au candidat.
- ☐ Je comprends et j'accepte, qu'en cas d'insuffisance d'inscription, la formation peut être annulée et/ou reportée.
- ☐ Je comprends et j'accepte, qu'en cas d'absence, d'annulation ou report, je contacte directement par téléphone et j'adresse un mail, au plus tard 3 jours avant le début du stage à l'adresse suivante :
normandietaxisacademy@gmail.com.
- ☐ Je comprends et j'accepte, que passé ce délai, je donne l'autorisation à Normandie Taxis Academy de facturer la prestation quand même et m'engage à payer la formation.

8. CONTRAINTES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

MOBILITÉ - DÉPLACEMENT

| | | |
|--------------------|----------------------|------------------|
| En voiture | Transports en commun | Autres, précisez |
| Permis de conduire | | Véhicule |

CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES

| | | | |
|---|------------------------------|---|-----------------|
| Avez-vous des contre-indications médicales ? | | Avez vous le statut de travailleur handicapé ? (RQTH) | |
| OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES | | | |
| Avez-vous des besoins spécifiques pendant l'action de formation/accompagnement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui Lesquels |
| Commentaires / synthèse des compensations possibles à mettre en place ou orientation vers des partenaires : | | | |

9. DOCUMENTS GÉNÉRIQUES ENVOYÉS

| | NOM DES DOCUMENTS | Date envoi | Type d'envoi |
|--------------------------|---|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Formulaire d'inscription formation taxi | | |
| <input type="checkbox"/> | Test d'entrée en formation | | |
| <input type="checkbox"/> | Conditions générales de vente | | |
| <input type="checkbox"/> | Contrat de formation professionnel (particulier) | | |
| <input type="checkbox"/> | Convention de formation professionnel (professionnel) | | |
| <input type="checkbox"/> | Règlement intérieur | | |
| <input type="checkbox"/> | Convocation de formation aux stagiaires | | |

10. DOCUMENTS FORMATION ENVOYÉS

| | Nom des documents | Date envoi | Type d'envoi |
|--------------------------|-------------------------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Programme de formation | | |
| <input type="checkbox"/> | Synopsis/déroulé de formation | | |

11. DATE ET SIGNATURE

| Fait à | La date |
|--|---|
| Pour l'entreprise | Pour l'organisme |
| <p>Représenté par</p> <p>Lu et approuvé, signature et cachet</p> | <p>NORMANDIE TAXIS ACADEMY</p> <p>Centre de formation taxi</p> <p>14 Rue de la République</p> <p>76210 Bolbec</p> <p>Représenté par Mr Guillaume Friboulet</p> <p>Lu et approuvé, signature et cachet</p> |