

## COACHING VAE

1530 €

NOM : ..... Prénom : .....

Tél. .... email : .....

### Je m'inscris sur le coaching SANTÉ :

- coaching santé **DEAS**       coaching santé **DEAP**

### Je sélectionne la ville la plus proche de chez moi :

- |                                     |                                     |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auboué     | <input type="checkbox"/> Epinal     | <input type="checkbox"/> Metz       | <input type="checkbox"/> Verdun        | <input type="checkbox"/> Thionville |
| <input type="checkbox"/> Bar-le-Duc | <input type="checkbox"/> Forbach    | <input type="checkbox"/> Nancy      | <input type="checkbox"/> Saint-Avold   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Creutzwald | <input type="checkbox"/> Hagondange | <input type="checkbox"/> Remiremont | <input type="checkbox"/> Sarrebourg    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Dieuze     | <input type="checkbox"/> Longwy     | <input type="checkbox"/> Saint-Dié  | <input type="checkbox"/> Sarreguemines |                                     |

#### Des ateliers thématiques

Un expert métier à votre écoute pour échanger et vous donner des conseils techniques pour enrichir votre dossier

#### Un suivi personnalisé

Des entretiens individuels et la lecture d'extraits de votre dossier avec un expert VAE tout au long de votre coaching. Une préparation à l'entretien avec le jury de validation.

### Financement mobilisé :

- Je finance moi-même le coaching.
- J'utilise mon CPF à hauteur de ..... €
- Mon employeur accepte de prendre en charge le coût du coaching :
- Raison sociale : .....
- Adresse : .....
- Titre du signataire : .....
- Nom et prénom du signataire : .....

NOM : ..... Prénom : .....

atteste l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.

Fait à ..... , le.....

Formulaire de demande d'accompagnement VAE à compléter et à envoyer par mail à [ce.dava@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.dava@ac-nancy-metz.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante GIP DAVA - 28 rue de Saurupt - 54000 NANCY

(A réception de ce formulaire, le DAVA prendra contact avec vous pour établir les conventions de financement)