

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 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)