

COACHING VAE

1755 €

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"/> reuztwald | <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 suivi personnalisé |
|---|---|
| Un expert métier à votre écoute pour échanger et vous donner des conseils techniques pour enrichir votre dossier. | 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)