**Pôle PSC1**

**Claire BEUDIN**

15rue du Maréchal Joffre

78 000 VERSAILLES

**Tél :** 06 06 72 91 20 **Email :** c.beudin@ugselidf.com



# DECLARATION D’OUVERTURE DE SESSION “PSC 1”

# Année Scolaire 2024-2025

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DE L’ETABLISSEMENT** |
| NOM ETABLISSEMENT |  |
| ADRESSE |  |
| CP - VILLE |  |
| Téléphone |  |
| Mail du comptable indispensable |  |

**Indiquer le nombre de mémentos “papier” à commander en fonction de vos réserves et besoins :**

**Si besoin** : [QR code V2 du mémento numérique PSC1](https://l.ead.me/3LMiLUv)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Merci de bien vouloir regrouper les sessions par formateur** |
|  | **Date début formation** | **Date fin formation** | **Nom du Formateur** | **Nbr. Participants**  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

Les diplômes seront facturés **16€/personne validée.**

**Fait à Signature du directeur et cachet de l’établissement**

**Le**