Formulaire d'Abandon de Bilan de Compétences

A l'attention de l'organisme de formation Perrine Gaillard,

Date : ...../...../.....

Nom - Prénom : .....

Né.e le : ...../...../..... **à** .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

Motif de l'abandon :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné.e Madame, Monsieur : .....

certifie vouloir abandonner définitivement, à compter de ce jour, le Bilan de Compétences

du (dates) ..... *au* .....

Pour valoir ce que de droit.

Date et signature du stagiaire

Perrine Gaillard
10 rue d'Annanelle 84000 AVIGNON
06.69.03.62.78
perrine.gaillard.psychologue@gmail.com
https://www.perrinegaillard-psychologue.fr

N° ADELI : 30 93 07 833
SIRET : 810 920 918 00036
DA 93840416284 auprès du Préfet de la région PACA
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat