Reporting : do

NOM DE LA STRUCTURE :
Date exacte de début de formation théorique :
Lieu de formation :

N° Stagiaire (ne pas modifier)	Profil du stagiaire	Degré de formation CNIA	Code postal du département de domiciliation du stragiaire	Type de financement de la formation
	Niveau du diplôme le plus élevé obtenu			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

nnées qualitatives CNIA

Si lieu de stage déjà officialisé, type d'établissement	Si le stagiaire est un proche aidant d'une personne autiste	*Si le stagiaire est un professionnel du secteur médico-social*		
		Profession exercée	Type d'établissement (IME, libéral, MAS…)	Établissement / activité spécialisé TSA

Certification