

* : A remplir obligatoirement

ORGANISME DE FORMATION : **ACTION DE FORMATION**

NOM* : _____ N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) _____ Adresse* : _____ _____ CP* : _____ Ville* : _____ ☎* : _____ Fax : _____ @ : _____	Titre du stage* : _____ _____ Durée en heures* : _____ Dates* : du _____ au _____ Montant de la Formation* : HT _____ Autre financeur : _____ Montant : _____ Adresse du stage* : _____ en entreprise (Sur site)* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

STAGIAIRE **ENTREPRISE**

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame NOM* : _____ Prénom* : _____ Date de naissance* : _____ Statut dans l'entreprise* : (cochez la case correspondante) <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers ⇒ <input type="checkbox"/> Régime auto-entrepreneur <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers <input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	NOM de l'Entreprise* : _____ Adresse* : _____ _____ CP* : _____ Ville* : _____ ☎* : _____ Fax : _____ @ : _____ Activité principale : _____ N° répertoire des Métiers (SIREN)* : _____ Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* : _____ (Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)
---	--

CONSEIL A L'ENTREPRISE

(à ne remplir que si le stagiaire a été conseillé par une Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par l'Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par le stagiaire)

Organisme : _____ Conseiller : _____ Qualité : _____ Signature du Conseiller et Cachet de l'OP _____ _____	<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise _____ _____
---	---

ATTESTATION*

Je soussigné(e) M(e) _____

atteste que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes.

Fait le
Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise

