

1 STAGIAIRE

Monsieur Madame

NOM

Prénom

Date de naissance

Statut dans l'entreprise :

- Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers
 Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers
 Auxiliaire familial

2 ENTREPRISE

NOM de l'Entreprise

Adresse

CP Ville

Tél. Fax

Email

N° SIREN

Code NAF (ancien APE)

Code NAFA (ancien APRM)

Activité principale

3 CONSEIL A L'ENTREPRISE PAR UNE ORGANISATION PROFESSIONNELLE

Je reconnais avoir été conseillé(e) par

Organisme

Conseiller

Qualité

Signature du Chef d'entreprise et
cachet

Signature du conseiller et cachet
de l'OP

4 FORMATION

En entreprise (Sur site) : Oui Non

Titre du stage

Dates : Du Au

Durée en heures :

Adresse complète du stage

Organisme de formation

NOM

N° déclaration d'activité

Adresse

CP Ville

Tél. Fax

5 COUTS PEDAGOGIQUES

MONTANT DE LA FORMATION

..... €

6 AUTRE SOURCE DE FINANCEMENT

NOM organisme

Montant €

7 SUBROGATION

Je soussigné,
donne l'autorisation à l'organisme de formation subrogé
par le FAFCEA de bénéficier de la participation de ce
fonds aux coûts pédagogiques en mes lieu et place.

Fait le à

Signature du chef
d'entreprise et cachet

8 ATTESTATION

Tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés
sincères et conformes.

Signature du chef d'entreprise et cachet