

ORGANISME DE FORMATION : **ACTION DE FORMATION**

NOM*: _____	Titre du stage*: _____
N° déclaration d'activité*: (11 chiffres) _____	_____
Adresse*: _____	Durée en heures*: _____ Dates*: du _____ au _____
_____	Montant de la Formation*: HT _____
CP*: _____ Ville*: _____	Autre financeur : _____ Montant : _____
☎*: _____ Fax : _____	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 de l'Entreprise*: _____
NOM*: _____	Adresse*: _____
Prénom*: _____	_____
Date de naissance*: _____	CP*: _____ Ville* : _____
Statut dans l'entreprise*: (cochez la case correspondante)	☎*: _____ Fax : _____
<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	Activité principale : _____
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	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 : _____	<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
Conseiller : _____	
Qualité : _____	
Signature du Conseiller et Cachet de l'OP	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
