

\* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

**ORGANISME DE FORMATION :**

**ACTION DE FORMATION**

NOM\* : \_\_\_\_\_  
 N° déclaration d'activité\* : (11 chiffres) \_\_\_\_\_  
 N° SIREN\* : \_\_\_\_\_  
 Adresse\* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CP\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
 ☎\* : \_\_\_\_\_  
 @\* : \_\_\_\_\_

Titre du stage\* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Durée en heures\* : \_\_\_\_\_ Dates\* : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 Montant de la Formation\* : HT \_\_\_\_\_  
 Autre financeur : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_  
 Adresse complète du stage\* : \_\_\_\_\_  
 Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
 Formation dans l'entreprise du stagiaire ?\* :  Oui  Non

**STAGIAIRE**

**ENTREPRISE**

Monsieur  Madame  
 NOM\* : \_\_\_\_\_  
 Prénom\* : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance\* : \_\_\_\_\_  
 Statut dans l'entreprise\* : (cocher la case correspondante)  
 Chef d'entreprise  
 Régime de la micro-entreprise  Oui  Non  
 Conjoint collaborateur  
 Conjoint associé exerçant une activité artisanale  
 Auxiliaire familial  
 Souhaitez-vous être contacté par email ?\* :  Oui  Non

NOM de l'Entreprise\* : \_\_\_\_\_  
 Adresse\* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CP\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
 ☎\* : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
 @\* : \_\_\_\_\_  
 N° répertoire des Métiers (SIREN)\* : \_\_\_\_\_  
 Date de création\* : \_\_\_\_\_  
 Code NAF (APE : 4 chiffres & 1 lettre)\* : \_\_\_\_\_  
 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

Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle  
 Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise

**ATTESTATION\***

**Je soussigné(e) M(me)**

Atteste :

- que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes,
- avoir pris connaissance de la possibilité que le FAFCEA engage une démarche de vérifications des conditions d'utilisation des fonds destinés au financement de la formation.(point 1 au verso)
- avoir pris connaissance des informations concernant la loi « Informatique et Libertés » (point 2 au verso)

**Date, signature du stagiaire et cachet de l'entreprise**

Tourner la page S.V.P.