

ORGANISME DE FORMATION : **ACTION DE FORMATION**

<p>NOM*: _____</p> <p>Adresse*: _____ _____</p> <p>CP*: _____ Ville*: _____</p> <p>☎*: 04 95 23 53 00 Fax : _____</p> <p>@ : _____</p>	<p>Titre du stage*: _____ _____</p> <p>Durée en heures*: _____ Dates : du _____ au _____</p> <p>Montant de la Formation*: _____</p> <p>Montant : _____</p> <p>Adresse du stage*: _____</p> <p>en entreprise (Sur site)*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	---

STAGIAIRE **ENTREPRISE**

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

AGREMENT DU CONSEIL DE FORMATION

(Partie à compléter par le Conseil de Formation)

Date du conseil de formation : _____

Coût horaire agréé: _____

ATTESTATION*

Je soussigné(e) M(e) _____

atteste que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes et autorise par subrogation le paiement de la participation du conseil de formation de Corse à l'organisme de formation.

Fait-le

Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise