

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* :
	☎* : Fax :
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	Activité principale :
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers	N° répertoire des Métiers (SIREN)*:
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	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