

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM* : FREYJA	Titre du stage* : FORMATION EXTENSION CILS
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 930 400 975 04	
N° SIREN* : 851 799 791	Durée en heures* : 7H30 Dates* : du _____ au _____
Adresse* : CHEMIN DES CHAMPS DE PRUNIER, L'AGORA PARC MOULIN NEUF	Montant de la Formation* : HT 370.83 €
CP* : 04100 Ville* : MANOSQUE	Autre financeur : _____ Montant : _____
☎* : 06.95.30.09.98	Adresse complète du stage* : CHEMIN DES CHAMPS DE PRUNIER
@* : FREYJA.FORMATIONS@GMAIL.COM	Code Postal* : 04100 Ville* : MANOSQUE
STAGIAIRE	ENTREPRISE
<input type="checkbox"/> Monsieur <input checked="" type="checkbox"/> Madame	NOM de l'Entreprise* : _____
NOM* : _____	Adresse* : _____
Prénom* : _____	CP* : _____ Ville* : _____
Date de naissance* : _____	☎* : _____ ☎ : _____
Statut dans l'entreprise* : (cocher la case correspondante)	@* : _____
<input checked="" type="checkbox"/> Chef d'entreprise	N° répertoire des Métiers (SIREN)* : _____
<input checked="" type="checkbox"/> Régime de la micro-entreprise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de création* : _____
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur	Code NAF (APE : 4 chiffres & 1 lettre)* : _____
<input type="checkbox"/> Conjoint associé exerçant une activité artisanale	Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* : _____
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	(Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)
Souhaitez-vous être contacté par email ?* : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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.