

\* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

| ORGANISME DE FORMATION :                                                                                                    | ACTION DE FORMATION                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| NOM* : <b>FREYJA</b>                                                                                                        | Titre du stage* : <b>FORMATION NAIL ART</b>                      |
| N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) <b>930 400 975 04</b>                                                            |                                                                  |
| N° SIREN* : <b>851 799 791</b>                                                                                              | Durée en heures* : <b>7H</b> Dates* : du _____ au _____          |
| Adresse* : <b>CHEMIN DES CHAMPS DE PRUNIER,<br/>L'AGORA PARC MOULIN NEUF</b>                                                | Montant de la Formation* : HT <b>291.67 €</b>                    |
| CP* : <b>04100</b> Ville* : <b>MANOSQUE</b>                                                                                 | Autre financeur : _____ Montant : _____                          |
| ☎* : <b>06.95.30.09.98</b>                                                                                                  | Adresse complète du stage* : <b>CHEMIN DES CHAMPS DE PRUNIER</b> |
| @* : <b>FREYJA.FORMATIONS@GMAIL.COM</b>                                                                                     | Code Postal* : <b>04100</b> Ville* : <b>MANOSQUE</b>             |
| <b>STAGIAIRE</b>                                                                                                            | <b>ENTREPRISE</b>                                                |
| <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.