

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM* : Forma'sud	Titre du stage* :
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 91340814834	
N° SIREN* : 799 603 055 00010	Durée en heures* : Dates* : du au
Adresse* : 3 PLACE DES LILAS	Montant de la Formation* : HT
	Autre financeur : Montant :
CP* : 34070 Ville* : MONTPELLIER	Adresse complète du stage* :
☎* : 0982248624	Code Postal* : Ville* :
@* : CONTACT@FORMASUD.FR	Formation dans l'entreprise du stagiaire ?* : <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* :
Statut dans l'entreprise* : (cocher la case correspondante)	☎* : ☎ :
<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise	@* :
<input checked="" type="checkbox"/> Régime de la micro-entreprise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° répertoire des Métiers (SIREN)* :
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur	Date de création* :
<input type="checkbox"/> Conjoint associé exerçant une activité artisanale	Code NAF (APE : 4 chiffres & 1 lettre)* :
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* :
Souhaitez-vous être contacté par email ?* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(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(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

X

Tourner la page S.V.P.

14 rue Chapon - CS 81234 - 75139 Paris cedex 03 - Tél. : 01.53.01.05.22

Fonds d'Assurance Formation des Chefs d'Entreprise exerçant une activité artisanale
Association loi 1901 - Habilité par l'arrêté ministériel du 27 décembre 2007