

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

N° de stage

Cadre réservé au FAFCEA

1 STAGIAIRE

Monsieur Madame

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Statut dans l'entreprise :

- Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers
 Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers
 Auxiliaire familial

2 ENTREPRISE

NOM de l'Entreprise :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Fax

Email

N° répertoire des métiers (SIREN) :

Code NAF (APE) :

Code NAFA (APRM)

Activité principale :

3 CONSEIL A L'ENTREPRISE PAR UNE ORGANISATION PROFESSIONNELLE

Je reconnais avoir été conseillé(e) par

Organisme :

Conseiller :

Qualité :

Signature du Chef d'entreprise et
cachet

Signature du conseiller et cachet
de l'OP

4 FORMATION

en entreprise (Sur site) : Oui Non

Titre du stage :

Dates : Du : Au :

Durée en heures :

Adresse complète du stage :

Organisme de formation

NOM :

N° déclaration d'activité :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Fax

5 COUTS PEDAGOGIQUES

MONTANT DE LA FORMATION

HT€ TTC€

NOM organisme

Montant €

7 SUBROGATION

Je soussigne,
donne l'autorisation à l'organisme de formation subrogé
par le FAFCEA de bénéficier de la participation de ce
fonds aux coûts pédagogiques en mes lieu et place.

Fait le à

Signature du chef
d'entreprise et cachet

8 ATTESTATION

Tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés
sincères et conformes.

Signature du chef d'entreprise et cachet