

* : A remplir obligatoirement

ORGANISME DE FORMATION :

NOM* : SARL SANDRINE RUIZ&ASSOCIES
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 73310615031

Adresse* : 3 CHEMIN DE FOURTOU

CP* : 31100 Ville* : TOULOUSE

Téléphone* : 06 78 56 84 66 Fax :

@ : christine.brunet@orange.fr

ACTION DE FORMATION

Titre du stage* : EXCENTRIC CHIC

Durée en heures* : Dates* : du au

Montant de la Formation* : HT

Autre financeur : Montant :

Adresse du stage* :

en entreprise (Sur site)* : Oui Non

STAGIAIRE

Monsieur Madame

NOM* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Statut dans l'entreprise* : (cochez la case correspondante)

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

ENTREPRISE

NOM de l'Entreprise* :

Adresse* :

CP* : Ville* :

Téléphone* : Fax :

@ :

Activité principale :

N° répertoire des Métiers (SIREN)* :

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 :

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(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