

ORGANISME DE FORMATION :

NOM* : AQUIFORMATION

N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 72330764533

ADRESSE* : 46 Rue du Général de Larminat

CP* : 33000

Ville* : BORDEAUX

Téléphone* : 05.56.98.80.76 **Fax*** : 05.56.24.30.81

@ : aquiformation@orange.fr

ACTION DE FORMATION

Titre du stage* :

Durée en heures* : **Date*** : 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
⇒ Régime 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)

Organisme :

Conseiller :

Qualité :

Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

(Partie à compléter par le stagiaire)

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