

Action de formation

Intitulé de formation :

Date(s) :

Tarif :

Stagiaire

Prénom NOM :

H F

âge : ans

Adresse (professionnelle si financement par l'employeur ou personnelle si financement propre) :
.....
.....

Téléphone :

Mail :

Fonction actuelle (poste actuel ou dernier poste occupé) :

Employeur actuel :

Statut travailleur handicapé : oui non demande en cours

Si vous avez besoin d'un aménagement particulier, merci de nous l'indiquer :
.....

Financement

Financement personnel Autre mode de financement :

Financement par l'employeur (merci de compléter la partie ci-dessous) :

Nom de la personne à contacter : Fonction :

Téléphone : Mail :

Adresse de facturation :

A, le

Signature du stagiaire	(Le cas échéant) Signature du chef d'entreprise (ou son représentant) et cachet : Le signataire certifie que le ou les stagiaires sont salariés de l'entreprise lors de la réalisation de l'action de formation
------------------------	---

Merci de nous retourner ce document avant le par mail à contact@decllicconseil.fr ou par voie postale à DECLIC CONSEIL 9 rue des Charmilles 35510 Cesson-Sévigné