



## 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@declicconseil.fr](mailto:contact@declicconseil.fr) ou par voie postale à DECLIC CONSEIL 9 rue des Charmilles 35510 Cesson-Sévigné**