



STAGIAIRE

Nom - Prénom :

Profession :

Adresse professionnelle:

.....

Tel :Fax :E-mail :

Adresse personnelle (facultatif) :

.....

Tel :Fax :E-mail :

EMPLOYEUR

Nom employeur:

Adresse :

.....

Tel :Fax :E-mail :

Adresse de facturation (si différente de l'employeur) :

.....

Tel :Fax :E-mail :

FORMATION

Intitulé :

Lieu :

Dates :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Nom de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) qui finance la formation :

Prise en charge par (entourer la mention choisie):

- Plan de formation de l'établissement
Formation

- Congé Individuel de Formation

- Droit Individuel à la

Fait à Le

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'employeur

Enregistrée sous le numéro **74 23 000 16 23**
(Conformément à la loi, "Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat")