

FORMATION

Intitulé de la
Formation :

Intervenant :

Dates :

STAGIAIRE

Nom du stagiaire : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° Licence FFE :

Qualité : BEES 1° BEES 2° BPJEPS Autres.....

Date de naissance : Le |_|_| / |_|_| / |_|_|

Lieu de naissance (*précisez commune et département*) :

Statut de l'entreprise (E.I, SARL, EARL...).....

Nom de l'entreprise:.....

Statut* :	Niveau de formation* :
Chef d'entreprise	Niveau V (BPA, BEAP, BEP, CAPA, CAP)
Conjoint collaborateur	Niveau IV (BAC)
Aide familial	Niveau III (BAC +2)
Autre.....	Niveau II (BAC+3 et 4)
	Niveau I (BAC +5)

N° de SIRET/SIREN :

Adresse :

CP.....Ville :

Téléphone : FIXE.....PORT.....

Email :

-Nous vous informons que votre présence est obligatoire pendant toute la durée de la formation.

-Seuls les stagiaires à jour de leurs cotisations MSA se verront financer leur formation.

-En cas d'absence nous rappelons que seul un arrêt de travail fourni sous 48h sera considéré comme un motif d'absence justifié. (Un certificat médical n'est pas un arrêt de travail)

Signature et cachet de l'entreprise :

*Rayer les mentions inutiles

Pour être valide toutes les mentions doivent être remplies.