

LA FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Dates : _____

PERSONNE PARTICIPANT A LA FORMATION

Nom : _____

Prénom : _____

Société : _____

Adresse : _____

☎ Tél. : _____

📠 Fax : _____

✉ E-mail : _____

Fonctions assurées dans la structure : _____

- Salarié CDI Salarié CDD Contrat en alternance Contrat d'orientation
 Emploi Jeunes Contrat Jeunes Contrat Jeunes Autres : _____

Je m'inscris à la formation indiquée ci-dessus et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

La formation sera prise en charge :

- Par mon employeur Par mon OPCA dans le cadre du Congé Individuel de Formation – CIF – (joindre la copie de la prise en charge au titre du CIF)
 Autre cas (préciser) : _____

Fait à : _____ le : _____ Signature : _____

ACCORD DE PRISE EN CHARGE

(à remplir par l'employeur ou autre organisme)

Nom : _____

Prénom : _____

Société : _____

Adresse : _____

☎ Tél. : _____

📠 Fax : _____

✉ E-mail : _____

Représenté par M. Mme M^{elle} : _____ Fonction : _____

Donne son accord pour prendre en charge les frais de formation de la session référencée ci-dessus.

Coût pédagogique total HT: _____ euros Cachet et signature :