

* : A remplir obligatoirement en **LETTRE CAPITALE**

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM* : AS GESTION CONSEIL	Titre du stage* :
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 93 06 07304 06	
Adresse* : 24 AV DES ANGLAIS	Durée en heures* : Dates* : du au
	Montant de la Formation* : HT
CP* : 06400 Ville* : CANNES	Autre financeur : Montant :
☎* : 0680960121 Fax :	Adresse du stage* :
@ : formations@asgestionconseil.com	<u>en entreprise (Sur site)*</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

STAGIAIRE	ENTREPRISE
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	NOM de l'Entreprise* :
NOM* :	Adresse* :
Prénom* :	
Date de naissance* :	CP* : Ville* :
	☎* : Fax :
Statut dans l'entreprise* : (cochez la case correspondante)	@ :
<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers	Activité principale :
<input type="checkbox"/> Auto-entrepreneur	N° répertoire des Métiers (SIREN)* :
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers	Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* :
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	(Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)

CONSEIL A L'ENTREPRISE

(à ne remplir que si le stagiaire a été conseillé par une Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par l'Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par le stagiaire)

Organisme :	<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
Conseiller :	
Qualité :	
Signature du Conseiller et Cachet de l'OP	Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise

ATTESTATION*

Je soussigné(e) M(me) _____

atteste que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes.

Fait le _____

Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise