

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

ORGANISME DE FORMATION :

NOM*: Excellence Cosmetic
N° déclaration d'activité*: (11 chiffres) 72330797233
Adresse*: 8 Rue Porte Basse
CP*: 33000 **Ville***: Bordeaux
☎*: 05 56 48 23 54 **Fax**: pas de fax
@: contact@excellence-cosmetic.com

ACTION DE FORMATION

Titre du stage*:
Durée en heures*: **Dates***: du au
Montant de la Formation*: non assujetti à la TVA
Autre financeur: **Montant**:
Adresse du stage*:
en entreprise (Sur site)*: Oui Non

STAGIAIRE

Monsieur Madame
NOM*:
Prénom*:
Date de naissance*:
Statut dans l'entreprise*: (cochez la case correspondante)
 Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers
 Auto-entrepreneur
 Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers
 Auxiliaire familial

ENTREPRISE

NOM de l'Entreprise*:
Adresse*:
CP*: **Ville***:
☎*: **Fax**:
@:
Activité principale:
N° répertoire des Métiers (SIREN)*:
Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)*:
(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 :
Conseiller :
Qualité :
Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
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