

Centre de Formation par Alternance-CFA
Du Pays de Douarnenez

FICHE D'INSCRIPTION POUR FORMATION

INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE :

SECTEUR D'ACTIVITE :

NOM DU RESPONSABLE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. FIXE : E MAIL :

N° DE SIRET :

N° D'ACTIVITE :

INFORMATIONS SUR LE SALARIE

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : N° DE SECURITE SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE : SEXE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. FIXE : TEL. PORTABLE : E MAIL :

INFORMATIONS SUR LA FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :

DURÉE :

LIEU DE FORMATION :

DATE DE DÉBUT :

DATE DE FIN :

DATES INTERMÉDIAIRES :

TYPE D'ACTION : NON QUALIFIANTE

FORMATEUR(RICE) RÉFÉRENT(E) : B. RESMOND

N° DE SIRET : 323 222 133 00015

N° D'ACTIVITE : 53 29 055 36 29

Centre de Formation par Alternance-CFA
Du Pays de Douarnenez

INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

TYPE DE CONTRAT DE TRAVAIL :

CDI

CDD

AUTRES : A PRECISER :

SOURCES DE FINANCEMENT : CI-DESSOUS RAYER LES MENTIONS INUTILES

SALARIE : PLAN DE FORMATION DE L'ENTREPRISE NBRE D'HEURES :

 COMPTE PERSONNEL DE FORMATION NBRE D'HEURES :

DEMANDEUR D'EMPLOI : CHEQUE VALIDATION, NBRE D'HEURES :

 AUTRES : (A PRECISER)

PERSONNE EN SITUATION D'HANDICAP : AGEFIPH : AIDES INDIVIDUELLES EN COMPLEMENT DU DROIT COMMUN

FAIT-LE

A

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

SIGNATURE DU SALARIE