

Je soussigné(e),

accepte de prendre en charge la formation de

Inscrit (e) à la formation

Salarié(e) de l'entreprise

Adresse

E-mail de l'entreprise

Statut de l'employeur

SARL

SA

Association

employeur de droit public

Autre forme, précisez :

N° SIRET

Code NACE

**PRISE EN CHARGE**

Des frais de formation à hauteur de :

Des droits d'inscription annuels fixés par arrêté  
ministériel

**FACTURATION**

En fin de  
formation

Par année civile  
(prorata des heures de  
formation) :

Montant par année civile

Montant sur année N

Montant sur année N+1

**MODE DE FINANCEMENT**

Financement direct par l'entreprise

Financement par un organisme mutualisateur  
(OPCA.....)

Adresse de l'organisme auquel  
devra être envoyée la convention

Adresse de l'organisme auquel  
devra être envoyée la facture (si  
différent de la convention) :

Personne à contacter

e-mail

tél.

Fait à :

le :

Signature du représentant de  
l'entreprise :

**UNE CONVENTION SERA ETABLIE DES LE DEBUT DU STAGE**