

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

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM* : LAMINIAK	Titre du stage* :
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 11 93 07218 93	
Adresse* : 10 RUE DE LA PETITE PIERRE	Durée en heures* : Dates* : du au
	Montant de la Formation* : HT
CP* : 75011 Ville* : PARIS	Autre financeur : Montant :
☎* : 0683034519 Fax :	Adresse du stage* :
@ : contact@les-laminiak.com	en entreprise (Sur site)* : <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 :

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