

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION : **ACTION DE FORMATION**

NOM*: CMA DE L'AIN **Titre du stage***: Formation sécurité et hygiène alimentaire

N° déclaration d'activité*: (11 chiffres) **8201P00601**

Adresse*: 102, Boulevard Edouard Herriot **Durée en heures***: 14 **Dates***: /18 au /18

CP*: 01000 **Ville***: BOURG EN BRESSE **Montant de la Formation***: 420 € HT

☎*: 04 74 47 49 57 **Fax** : 04 74 47 49 69 **Autre financeur** : **Montant** :

@ : c.pillard@cma-ain.fr **Adresse du stage***: CMA DE L'AIN – 102 bld Edouard Herriot
01000 Bourg en Bresse

en entreprise (Sur site)*: Oui Non

STAGIAIRE **ENTREPRISE**

Monsieur Madame **NOM de l'Entreprise***:

NOM*: **Adresse***:

Prénom*: **CP***: **Ville*** :

Date de naissance*: **☎***: **Fax** :

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 **@**:

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 : Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle

Conseiller : **Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise**

Qualité :

Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

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