



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PREALABLE A UNE ACTION DE FORMATION

A remplir par l'entreprise adhérente et à retourner au FAFIH
AU MOINS 30 JOURS AVANT LE STAGE

A. CENTRE DE FORMATION :

Adresse : Code postal :

Personne à contacter : Tél. :

B. TITRE DU STAGE :

Dates : Lieu : Durée par personne (en heures) :

JOINDRE LE DEVIS ET LE PROGRAMME REMIS PAR LE CENTRE DE FORMATION

C. LE(S) SALARIE(S) :

	NOM et PRENOM DES SALARIES	FONCTION (1) dans l'entreprise	AGE (1)	COUT DU STAGE HT	EVALUATION PREVISIONNELLE DES FRAIS ANNEXES			
					Salaires pendant le stage	Charges patronales	Transport	Hébergement et repas
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
<i>Pour plus de 7 participants, utiliser une 2ème demande</i> TOTAL <i>(ne remplir que le cadre C).</i>								
					TOTAL GENERAL			

(1) Statistique réglementaire obligatoire pour l'Etat

D. L'ENTREPRISE : N° d'adhérent FAFIH : ___ / _____

Personne à contacter : Effectif salarié moyen : ___

Tél. : Fax :

CACHET DE VOTRE ENTREPRISE

A : le :

Signature du chef d'entreprise

N° de SIRET : _____

Transmettre à votre délégation régionale :

