



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) de votre entreprise inscrit(s) au stage :

	NOM et PRENOM de chaque SALARIE concerné	FONCTION (1) dans votre entreprise	AGE (1)	COUT DU STAGE (HT)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
	(1) Statistiques réglementaires obligatoires pour l'Etat			TOTAL

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 :

A Transmettre à votre délégation régionale :

