

ORGANISME DE FORMATION :

ACTION DE FORMATION

NOM* : SDB COACHING CONSULTING FORMATION

Titre du stage* : _____

N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 44 100115310

Adresse* : 2 RUE DE LA MADELEINE

Durée en heures* : 14h Dates* : du _____ au _____

Montant de la Formation* : HT 490

CP* : 10400 Ville* : NOGENT SUR SEINE

Autre financeur : _____ Montant : _____

☎* : 06 83 38 60 46

Adresse complète du stage* : 22 rue des pont

@* : sylwiadebonacoach@gmail.com

Code Postal* : 10 400 Ville* : Nogent sur seine

Formation dans l'entreprise du stagiaire ?* : Oui Non

STAGIAIRE

ENTREPRISE

Monsieur Madame

NOM de l'Entreprise* : _____

NOM* : _____

Adresse* : _____

Prénom* : _____

Date de naissance* : _____

CP* : _____ Ville* : _____

☎* : _____ ☎ : _____

@* : _____

Statut dans l'entreprise* : (cochez la case correspondante)

Activité principale : _____

- Chef d'entreprise exerçant une activité artisanale
- Auto-entrepreneur inscrit ou non au Répertoire des Métiers
- Conjoint collaborateur
- Conjoint associé exerçant une activité Artisanale
- Auxiliaire familial

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 :

Qualité :

Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

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,
- avoir pris connaissance de la possibilité que le FAFCEA engage une démarche de vérifications des conditions d'utilisation des fonds destinés au financement de la formation.

Fait le

Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise

Tourner la page S.V.P.

IMPORTANT

 **Le FAFCEA gestionnaire de la contribution formation des chefs d'entreprise exerçant une activité artisanale est tenu de tout mettre en œuvre pour s'assurer de la bonne utilisation des fonds qui lui sont confiés.**

Le contrôle a ainsi pour objet la mise en œuvre de vérifications auprès des acteurs contrôlés, c'est-à-dire stagiaires ressortissants du FAFCEA et organismes de formation, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations pour lesquelles une prise en charge est demandée dans le respect non seulement des dispositions légales et conventionnelles applicables à la formation professionnelle continue mais également des procédures administratives en vigueur au FAFCEA.

A ce titre des opérations de contrôle peuvent être menées sur pièces (annexées à la demande de prise en charge initiale ou sollicitées expressément par le FAFCEA en complément des éléments déjà en sa possession) et/ou prendre la forme d'une visite sur le site de la formation aux dates et heures de formations déclarées.

L'acteur contrôlé s'engage à faciliter cette mission de contrôle du FAFCEA notamment en :

- Autorisant le FAFCEA ou toute personne expressément mandatée par lui à accéder aux lieux de formation tels qu'indiqués dans les documents figurant dans le fonds du dossier,
- Produisant toute(s) pièce(s) justificative(s) complémentaire(s) nécessaire(s) à l'examen et au contrôle de l'utilisation des fonds sollicités ou perçus ou pour dossier pour lequel une prise en charge est demandée ou a été engagée, en réponse à une demande expresse du FAFCEA et dans des délais adaptés.



Toute formation non exécutée selon les modalités agréées par le FAFCEA est susceptible de justifier une demande de remboursement du financement accordé et une suspension de l'accès à tout nouveau financement dans l'attente dudit remboursement.