



Tuteur / Professionnalisation

Demande de prise en charge (une demande par formation)

Merci d'adresser impérativement votre demande avant le début de la formation

1. VOTRE ENTREPRISE

→ Code adhérent

ET

N° Siret

Raison sociale

→ Adresse

Code postal

Ville

En cas de changement ou de nouvelle adresse, merci de cocher cette case

→ Contact

Nom

Prénom

Téléphone

Fax

E-mail (obligatoire)

 @

2. LA FORMATION

Date de début
de la formation

jour mois année

Date de fin
de la formation

jour mois année

Durée en heures de l'action

heures

→ Coût pédagogique TOTAL en euros HT

€ H.T.

→ Demande de paiement direct à l'organisme de formation (soumise à acceptation par le Fafiec)

Oui Non



