

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM* : KITTYCIA	Titre du stage* : PERFECTIONNEMENT POUR LES
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 84740341174	PROTHESISTES ONGULAIRE Trait fin & arabesque
Adresse* : 502 rte de st julien	Durée en heures* : 7h Dates* : du au
CP* : 74100 Ville* : Etrembieres	Montant de la Formation* : HT 189€
Tel* : 0954015756 Fax :	Autre financeur : Montant :
@ : Contact@kittykia.com	Adresse du stage* : 502 rte de st julien 74100 Etrembieres
STAGIAIRE	ENTREPRISE
☐ Monsieur ☐ Madame	NOM de l'Entreprise* :
NOM* :	Adresse* :
Prénom* :	CP* : Ville* :
Date de naissance* :	Tel* : Fax :
Statut dans l'entreprise* : (cochez la case correspondante)	@ :
☐ Chef d'entreprise artisanale inscrit au Répertoire des Métiers	Activité principale :
☐ Auto-entrepreneur	N° répertoire des Métiers (SIREN)* :
☐ Conjoint collaborateur ou associé inscrit au Répertoire des Métiers	Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* :
☐ Auxiliaire familial	(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	
KITTYCIA Centre de Formation - Distribution 502, route de Saint-Julien 74100 ETREMBIERES www.kittykia.com Tél. : +33 (0)9 54 01 57 56 SIRET : 831 646 021 000 12 TVA INTRA : FR8 831 646 021	