



# Bulletin d'inscription

## Action collective Entreprise de moins 10 salariés

Nom de l'organisme de formation\* : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise\* : \_\_\_\_\_

Raison sociale\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

N° de SIRET\* : \_\_\_\_\_

Code NAF\* : \_\_\_\_\_

Nom du responsable\* : \_\_\_\_\_

N° de cotisant AGEFOS PME : \_\_\_\_\_

Intitulé du stage\* : \_\_\_\_\_

Dates\* : \_\_\_\_\_ Coût\* : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du stagiaire\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* :  Homme  Femme

Catégorie Socio Professionnelle\* :  Ouvrier non qualifié  Ouvrier qualifié   
Employé  Technicien, Agent de maîtrise  Ingénieur, Cadre  Dirigeant salarié

Fait à :

Le :

**Signature et cachet**

--

\* Mentions obligatoires

**Ce document tient lieu de demande de prise en charge auprès de l'AGEFOS PME**