

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PLAN DE FORMATION

Merci d'adresser votre demande de prise en charge
AU PLUS TARD 15 JOURS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION



Code Adhérent

ENTREPRISE

Raison sociale : _____

SIRET : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Personne à contacter : _____

Tél : _____ Fax : _____

E mail : _____

Effectif : _____

Branche : Sécurité Service Funéraire
 Bijouterie Jouet

ACTION DE FORMATION

Intitulé : _____

Durée : _____ jours _____ heures du _____ au _____

Action animée par un formateur interne de votre entreprise

Organisme de formation : _____

SIRET : _____ N° d'Activité : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Contact : _____

Tél : _____ Fax : _____

Formation interne
calcul des coûts pédagogiques du groupe

Salaires horaires formateur _____ x _____

Durée _____ + _____

Frais annexes formateur _____ = _____

Frais pédagogiques _____

SALARIES CONCERNES

Nom	Prénom	Type de contrat	H	F	Date de naissance	TH*	OQ	E	TAM	IC	Catégorie d'action	Coûts pédagogiques	Salaires horaires	Transport	Repas	Hébergement	
1.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
2.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
3.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
4.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
5.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
6.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
7.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
8.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
9.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
10.		CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	€HT					€	€HT			€HT	
TOTAL												0,00 €HT	0,00 €	0,00 €HT	0,00 €HT	0,00 €HT	

*Travailleur Handicapé

DEMANDE DE SUBROGATION

L'entreprise représentée par : _____, en sa qualité de : _____ autorise OPCALIA OPERATEUR

NATIONAL, 12 Rue de Berri 75008 PARIS, à procéder au règlement des frais pédagogiques auprès de l'organisme de formation, dans la limite

des financements accordés, sous réserve de la réalisation effective de l'action et du respect des conditions réglementaires et conventionnelles en vigueur.

TOTAL GENERAL

0,00 €

Date :

Signature :

Cachet :

ATTestation

Je soussigné, _____ atteste que les informations contenues dans ce document sont exactes et tiens à la disposition d'OPCALIA toutes pièces justificatives en cas de contrôle.