

\* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

**ORGANISME DE FORMATION :** **ACTION DE FORMATION**

**NOM\*:** **Titre du stage\*:**

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

**Adresse\*:** **Durée en heures\*:** **Dates\*:** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**CP\*:** **Ville\*:** **Montant de la Formation\*:** HT

**Autre financeur :** **Montant :**

**Adresse complète du stage\*:**

**@\*:** **Code Postal\* :** **Ville\*:**

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

**STAGIAIRE** **ENTREPRISE**

Monsieur  Madame

**NOM\*:** **NOM de l'Entreprise\*:**

**Prénom\*:** **Adresse\*:**

**Date de naissance\*:** **CP\*:** **Ville\* :**

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

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

**@\*:** **Activité principale :**

**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**

**F.F.A.F.**  
17 rue Janssen  
75019 PARIS  
Tél. : 01 40 40 25 00  
Fax : 01 40 40 25 02

**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.**