

Les paiements s'effectuent après réception de :

- l'original de ce document
- l'ensemble des pièces demandées

Mois de : _____ Année : _____

Nombre d'heures à remplir obligatoirement par :

| Date | Le centre de formation | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Heures de présence en cours | Heures de présence en stage | Heures de recherche effective |
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | | |
| 08 | | | |
| 09 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| TOTAL | C | | |

N° Dossier : CDD CDI
 Nom :
 Prénom :
 Intitulé de formation :
 Formation : du au

Le CENTRE de FORMATION

Centre assujéti à la TVA : OUI NON
 N° ind. d'identification TVA :

Cochez la case correspondante :

- Mandat de facturation *
- Facturation mensuelle (joindre la facture)
- Facturation unique en fin de formation (joindre la facture globale à la dernière fiche de liaison mensuelle originale)

Stage pratique : coordonnées de l'entreprise d'accueil :

Nom :

Adresse

SIREN :

Le SALARIE

Prise en charge : Transport Hébergement

Joindre copie du Bail lors de la 1^{ère} demande hébergement
 (garder vos justificatifs transport/hébergement en cas de contrôles)

Indiquez le nombre de kilomètres aller-retour :

Domicile/Centre : km/AR

Domicile/Stage Pratique : km/AR

VERSEMENT DE VOTRE REMUNERATION :

le 15 du mois pour toute réception au plus tard le 8
 le 30 du mois pour toute réception au plus tard le 23

Les soussignés certifient l'exactitude des mentions portées ci-dessus :

| Le représentant du CENTRE de FORMATION | Le STAGIAIRE |
|--|--------------|
| Date : | |
| Nom, cachet, signature : | Signature : |

