

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			L'employeur
	Heures de présence en cours	Heures de présence en stage	Heures de recherche effectives	Heures d'absence au poste de travail (ou codes d'absences en cas de formation temps plein ***)
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			B

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 FLM originale)

Stage pratique : coordonnées de l'entreprise d'accueil :
 Nom :
 Adresse :
 SIREN :

L'EMPLOYEUR

Joindre le bulletin de salaire du mois concerné

Entreprise de moins de 20 salariés
 Augmentation générale (joindre les justificatifs)
 Dernière demande : OUI NON

Le SALARIE

Prise en charge : Transport Hébergement

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

Indiquez le nombre de kilomètres aller-retour :

Domicile/Centre de formation : km/AR
 Domicile/Stage pratique : km/AR

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

Le représentant du CENTRE de FORMATION	Le STAGIAIRE	Le représentant de l'EMPLOYEUR
Date :	Date :	Date :
Nom, cachet, signature :	Signature :	Nom, cachet, signature :

