



# DEMANDE INDIVIDUELLE D'AGREMENT FINANCIER 2017

Le dossier est à renvoyer par COURRIER uniquement 15 jours minimum avant la date de démarrage de la formation (date de réception faisant foi) :  
 CMAR PACA - Conseil de la Formation - 87 Bd Perier 13008 MARSEILLE - 04 96 10 05 47

INTITULE DE FORMATION

NUMERO D'AGREMENT  
 (Réservé à la CMAR PACA)

ENTREPRISE	
Nom de l'entreprise	_____
Adresse	_____
Code postal	_____ Ville _____
Tél	_____
E-mail	_____
N° répertoire des Métiers	_____
N°SIRET	_____
Code NAFA	_____

ORGANISME DE FORMATION	
Nom	_____
Adresse	_____
Code postal	_____ Ville _____
Tél	_____
E-mail	_____
Responsable	_____
N° de déclaration d'activité	_____

STAGIAIRE	
Nom	_____
Prénom	_____
Date de Naissance	_____
Nombre d'heures déjà demandées au financement sur l'année en cours (150 heures maximum par année civile)	_____
	heures

STATUT DU STAGIAIRE	
<input type="checkbox"/> Artisan	<input type="checkbox"/> Auxiliaire Familial
<input type="checkbox"/> Conjoint Collaborateur	<input type="checkbox"/> Auto-entrepreneur
<input type="checkbox"/> Conjoint Associé	

AGREMENT DEMANDE	
Coût heure stagiaire	_____
Nombre d'heures	_____
Montant demandé (HT)	_____
Date de démarrage	_____
Adresse du lieu de la formation	_____
(La formation doit OBLIGATOIREMENT avoir lieu dans le centre de formation ou dans un local loué à cet effet)	

AGREMENT ACCORDE (réservé à la CMAR)	
Coût heure stagiaire	_____
Nombre d'heures	_____
Montant accordé (HT)	_____
Date de démarrage	_____

VISA AGREMENT (réservé à la CMAR)	
Signature du responsable	Date
L'agrément est valide 60 jours à compter de cette date	

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature de l'entreprise

Cachet et signature du responsable de l'organisme de formation