



DEMANDE DE MISE EN PLACE D'UNE FORMATION INDIVIDUELLE

(À remplir par l'organisme demandeur, et à renvoyer à accueil@nautisurfstmalo.com)

EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ - Ville : _____

Téléphone : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ - Mail : _____

N° SIRET : _____

Représenté par : _____ - Fonction : _____

☐ La facture est réglée par l'employeur

☐ La facture est réglée par l'organisme payeur (ex : OPCO), merci de remplir l'encadré ci-dessous

ORGANISME PAYEUR

(À remplir si différent de l'employeur)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ - Mail : _____

N° identifiant : _____ - N° dossier : _____

CANDIDAT

Nom : _____ - Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à | _____

Sexe : F M Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ - Ville : _____

Téléphone : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ - Mail : _____

FORMATION CHOISIE

Intitulé : _____

Date(s) souhaitée(s) : _____

Fait à | _____ |,

Le | _____ |

Certifié Exact,
L'intéressé :

Signature



DEMANDE DE MISE EN PLACE D'UNE FORMATION DE GROUPE

(à remplir par l'organisme demandeur, et à renvoyer à accueil@nautisurfstmalo.com)

ORGANISME DEMANDEUR

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ - Ville : _____

Téléphone : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ - Mail : _____

N° SIRET : _____

Représenté par : _____ - Fonction : _____

☐ La facture est réglée par l'employeur

☐ La facture est réglée par l'organisme payeur (ex : OPCO), merci de remplir l'encadré ci-dessous

ORGANISME PAYEUR

(À remplir si différent de l'employeur)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ - Mail : _____

N° identifiant : _____ - N° dossier : _____

FORMATION CHOISIE

Intitulé : _____

Date(s) souhaitée(s) : _____

Horaires(s) souhaité(s) : _____

Lieu(x) de la formation :

☐ Dans nos locaux : Pôle Surcouf

☐ Locaux mis à disposition par l'organisme demandeur

Salle de formation équipée d'un vidéoprojecteur : OUI / NON

Nombre de candidats à former : _____

Remarques ou demandes particulières :

Fait à | _____ |,

Le | _____ |

Certifié Exact,
L'intéressé :

Signature