

FORMATION DE TUTEUR

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

A retourner à votre délégation régionale

ENTREPRISE Nom et raison sociale : _____

EMPLOYEUR

Adresse : _____

N° Adhérent : ____ / _____

CENTRE DE FORMATION : _____

- Joindre le programme –

NOM et PRENOM	FONCTION ET QUALIFICATION	AGE

L'entreprise demande de régler directement à l'organisme de formation les heures de formation suivies par son salarié, selon les conditions de l'accord de prise en charge du Fafih :
Oui Non

CACHET DE L'ENTREPRISE

A _____ le _____

Signature du chef d'entreprise