

Formation Tuteur

Demande de prise en charge simplifiée

À retourner à votre délégation Afdas

ENTREPRISE

Raison Sociale

N° Afdas (votre numéro Afdas figure sur le courrier d'accompagnement)

Interlocuteur

Téléphone (LD)

Email

SALARIÉ CONCERNÉ (si plusieurs salariés sont concernés, veuillez photocopier ce formulaire)

NOM

Prénom

Année de naissance

Sexe

Homme

Femme

Profession

Catégorie d'emploi

Ouvrier non qualifié

Ouvrier qualifié

Employé

Technicien, agent de maîtrise

Cadre

Artiste

FORMATION

Contactez l'organisme pour connaître les dates

Organisme

Ville

Dates de la formation : du

au

Coût de la formation

Durée

DATE, SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR