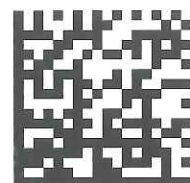




CENTRE DE FORMATION
SAINT-HONORÉ

N° de formateur 11 75 228 21 75

Pôle Formation Continue
16 rue Cugnot - 75018 PARIS
Tél. : 01 53 72 80 70
sthoformation@stho.org



Retrouvez-nous
sur notre site Internet
www.stho.org

STAGIAIRE

Intitulé de la formation _____

Code du stage | R | | | | 17 | / | 1 | 0 | | | |

Dates du stage _____

Mme M.

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Service _____

Adresse professionnelle (si différente employeur) _____

CP | | | | | Ville _____

Tél. : _____

Mail : _____

Adresse (domicile) _____

CP | | | | | Ville _____

Tél. : _____

Mail : _____

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Signature du stagiaire

EMPLOYEUR

Nom de l'organisme _____

Représenté par _____

Adresse _____

CP | | | | | Ville _____

Nom du responsable à contacter _____

Tél. : _____

Mail : _____

Fax : _____

Prise en charge financière

Organisme employeur

À titre individuel

Autre (précisez) _____

Les frais de stage sont à régler à réception de la facture
Règlement à l'ordre de «Centre de formation Saint-Honoré».

Convention et facture à adresser à _____

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Accord de l'employeur

Signature et cachet de l'établissement

Vos attentes

Merci de nous préciser en quelques lignes vos attentes concernant ce stage