



## **ACTIONS DE FORMATION PREVUES :**

*(Joindre programme(s) détaillé(s))*

	Nombre d'heures	Coût pédagogique (Euros H.T)	Prise en charge AUVICOM
<b><u>ACTION DE FORMATION 1</u></b> Intitulé : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____ <input type="checkbox"/> Formation externe <input type="checkbox"/> Formation interne (Service formation de l'entreprise) ↳ <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Inter Nom de l'organisme de formation : _____      Nom du responsable : _____ N° déclaration d'activité : _____ 			
<i>Si la période de professionnalisation comporte plusieurs actions :</i>			
<b><u>ACTION DE FORMATION 2</u></b> Intitulé : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____ <input type="checkbox"/> Formation externe <input type="checkbox"/> Formation interne (Service formation de l'entreprise) ↳ <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Inter Nom de l'organisme de formation : _____      Nom du responsable : _____ N° déclaration d'activité : _____ 			
<b><u>ACTION DE FORMATION 3</u></b> Intitulé : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____ <input type="checkbox"/> Formation externe <input type="checkbox"/> Formation interne (Service formation de l'entreprise) ↳ <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Inter Nom de l'organisme de formation : _____      Nom du responsable : _____ N° déclaration d'activité : _____ 			
	<b>TOTAL</b>	<b>Heures</b>	<b>€ H.T</b>

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

L'entreprise :

Le salarié :

Le tuteur :