

COORDONNÉES DE LA CHAMBRE

.....
.....
.....
.....
Téléphone :

Télécopie :

REPRÉSENTANT DE LA CHAMBRE

Nom :

Fonction :

GESTIONNAIRE DU CONTRAT AU SEIN DE LA CHAMBRE

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Télécopie :

*DOCUMENT À RETOURNER AU CFC AVEC LES DEUX
EXEMPLAIRES SIGNÉS DU CONTRAT D'AUTORISATION*

DÉCLARATION RELATIVE AUX ACTIVITÉS DE FORMATION

CENTRES ET SERVICES GÉRÉS

Vous trouverez ci-dessous un rappel des informations déjà déclarées au CFC. Nous vous remercions de bien vouloir préciser les informations manquantes ou les éventuelles modifications.

Si votre Chambre ne gère ni centre, ni service de formation, vous n'êtes pas concerné par cette rubrique. Néanmoins, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner cette fiche déclarative.

COORDONNÉES DU CENTRE / DU SERVICE (préciser les informations manquantes ou les éventuelles modifications)

Nom :

Adresse :

Téléphone : Télécopie :

REPRÉSENTANT DU CENTRE / DU SERVICE (préciser les informations manquantes ou les éventuelles modifications)

Nom :

Fonction :

DÉCLARATION DES EFFECTIFS

Stagiaires déclarés au titre de l'année civile précédente	Tranche 1 De 1 à 30 pages	Tranche 2 De 31 à 80 pages	Tranche 3 De 81 à 130 pages	Tranche 4 De 131 à 180 pages
Nombre de stagiaires

Nombre total de stagiaires accueillis au cours de l'année civile précédente :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nombre de sites de formation :

Nombre de photocopieurs : (*autres que strictement réservés à des tâches administratives*)

POUR NOUS CONTACTER

Vos interlocuteurs au CFC : Gwenaëlle MASSERON – Responsable de Clientèle
Judicaël MAGUÉRÈS – Chargé de Clientèle

téléphone : 01 44 07 47 70 • télécopie : 01 44 07 57 40 • res-cons@cfcopies.com

Fait à

Signature et cachet

Le