



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT

# VOLET I PLAN D'ACTION ENCADREMENT INTERMÉDIAIRE FORMATION AUX ENTRETIENS PROFESSIONNELS

■ Merci de compléter cet imprimé **PRÉCISÉMENT**.

■ Le retourner dans les deux mois suivant la fin de la formation à Habitat Formation  
15, rue des Sablons BP 2122  
75771 Paris cedex 16.

NOM ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

---

---

NUMÉRO D'ADHÉRENT :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMÉRO DE DOSSIER notifié dans l'accord de prise en charge :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU (DES) SALARIÉ (S) :

---

---

Pour un traitement rapide de votre demande de remboursement, merci de joindre **IMPÉRATIVEMENT** les justificatifs suivants :

- La convention de formation.
- La(les) facture(s) de l'organisme de formation.
- La feuille d'émargement ou les attestations de présence signées par le(s) salarié(s) (délivrées par l'organisme de formation).

Merci de nous retourner également le **QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION** rempli par le stagiaire

■ Nous vous rappelons que  
**LES HEURES D'ABSENCE**  
ne sont en **AUCUN CAS**  
**PRISES EN CHARGE.**

Coût pédagogique de la formation : \_\_\_\_\_ € TTC

À RÉGLER À L'ENTREPRISE

À RÉGLER À L'ORGANISME DE FORMATION

Nom du responsable du dossier :

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

CACHET ET SIGNATURE

Habitat Formation

15, rue des Sablons bp 2122 - 75771 Paris cedex 16  
tél. 01 53 65 77 77 - fax 01 53 65 77 88  
accueil@habitat-formation.fr - www.habitat-formation.fr  
fonds d'assurance formation - code NAF 9412Z - n°siret 327 561 841 00047