15, rue des Sablons BP 2122 75771 Paris cedex 16
tél. : 01 53 65 77 77
fax : 01 53 65 77 88

Demande de règlement d'une action de formation au titre du plan d'action illettrisme

Cette demande de règlement est à compléter ou modifier si besoin, puis à retourner à **Martine Adler**
Habitat Formation 15, rue des Sablons BP 2122
75771 Paris cedex 16
martine.adler@habitat-formation.fr
accompagnée de :
- la convention de formation,
- la facture et le n° d'enregistrement de l'organisme de formation,
- les attestations de présence signées par les stagiaires (les absences ne sont pas prises en compte),
- le programme de l'action.

VOTRE N° D'ADHÉRENT
ATTRIBUÉ PAR HABITAT FORMATION

N° DOSSIER HABITAT FORMATION

L'ORGANISME DE FORMATION

Sa raison sociale : .....

Son n° d'enregistrement :
(obligatoire)

Son n° de SIRET :
(obligatoire)

L'ACTION DE FORMATION PRÉVUE

Son intitulé : .....

.....

NOMBRE DE JOURS : .....JOURS NOMBRE D'HEURES : .....HEURES

DATE DE DÉBUT : ..... / ..... / 2 0 .... DATE DE FIN : ..... / ..... / 2 0 ....

LA FACTURE DE L'ORGANISME

Montant de la facture : ..... €

Cette facture concerne la totalité de l'action de formation ❒ **oui** ❒ **non**

Si **non**, préciser la période concernée du . . . . /. . . . / 20.... au . . . /. . . . / 20....

Cette facture solde le règlement de l'action de formation ❒ **oui** ❒ **non**

Bénéficiaire du règlement effectué par Habitat-Formation :

❒ L'ORGANISME DE FORMATION ❒ L'ADHÉRENT ❒ L'AFFACTUREUR

J'atteste sur l'honneur :

- l'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande
- que les stagiaires inscrits au feuillet 2 sont bien salariés de notre entreprise au moment de la formation

Nom et fonction : .....

.....

Fait à .....

Le ..... / ..... / 2 0 ....

CACHET DE L'ADHÉRENT

CADRE RÉSERVÉ À HABITAT-FORMATION

CODE ADHÉRENT :

ENREGISTRÉ LE : ..... / ..... / 2 0....

DATE DE RÉCEPTION : ..... / ..... / 2 0....

N° D'ENREGISTREMENT : _____

Les salariés

NOM ET PRÉNOM DES STAGIAIRES	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (15 chiffres)	TYPE CONTRAT TRAVAIL	FONCTION	QUALIFICATION					Durée en heures de la formation réalisée par le stagiaire sur la période concernée
				OUVRIER NON QUALIFIÉ	OUVRIER QUALIFIÉ	EMPLOYÉ	AGENT DE MAÎTRISE	INGENIEUR CADRE	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									