



Formation

Ou diplôme :

Filière

Ou Option :

Numéro de Siret : 443 381 322 00017

Ce formulaire est à remplir, à signer et à retourner au Cnam.

Une convention et une facture vous seront transmises dans les prochains jours.

L'inscription ne devient effective qu'après le règlement des droits d'inscription.

**Numéro de déclaration
d'existence à la
Préfecture de La**

Réunion : 98 97 02821 97

EMPLOYEUR

[illegible]

Nom : _____

Forme Juridique : /

Adresse : _____/_____

Code Postal : / / / / / / **Ville :** / /

Tél : / / / / / / / / / / / / Fax : / / / / / / / / / / / /

Nom du Responsable : /

Fonction – Grade : /

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'ARCNAM :

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom : /

Prénoms : /

Profession : /

Pour un montant de : _____

(à compléter en toute lettres, l'attestation n'ayant de valeur que si cette rubrique est renseignée)

Eventuellement :

- Montant dû par l'Employeur à l'Organisme : _____ Euros
- Montant dû par le Stagiaire : _____ Euros (à joindre au dossier)

L'Employeur a-t-il demandé l'intervention d'un organisme de mutualisation pour la prise en charge de la formation ?

O NON

O OUI (dans ce cas remplir la rubrique 3)

