



**CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**  
**( Articles L.6353-2, L. 6353-7 et R.6353-1 du Code du Travail )**

Entre les soussignés:

1- Organisme de formation: IFCAF SARL

Adresse : 20, Rue CAMBON - 75001 PARIS

Enregistré sous le n° de déclaration d'activité : 11755475975

auprès du préfet de région : de l'ILE-de-FRANCE - représentée par : Jean-Luc PRAT-dit-HAURET

N° Siret: 819 519 455 00011

2 - L'entreprise :

- dénomination :

Adresse :

représentée par :

Siret :

Est conclue la convention de formation suivante, en application du livre III de la Sixième partie du Code du Travail portant organisation de la formation professionnelle continue

**Article 1 :**

L'organisme de formation HO-RES-TO Formation organise l'action de formation suivante:

1- Intitulé de la formation:

2- Nature de l'action de formation au sens de l'article L.6313-1 du Code du travail :

3 - Dates de l'action de formation :

4 - Durée et horaires de l'action de formation :

5 - Lieu de réalisation de l'action de formation : (adresse complète)

6 -Modalités de déroulement (moyens techniques et pédagogiques mis en oeuvre) :

7- Type de formation (Formation en présentiel) :

8 - Nature de la sanction de l'action de formation et modalités d'évaluation jalonnant ou terminant la formation (certificat, examen, quizz, contrôle continu, tests ...) :

9 - Effectif de l'action de formation, le stagiaire : (nom et prénom du/des stagiaires/s) :

10 - Moyen de contrôle de l'assiduité : Attestation d'Assiduité de formation + Feuille d'émargement pour les formations en présentiel

11 - Formateur de l'action de formation :



**Article 2 :**

En contrepartie de cette action de formation, le co-contractant s'engage à acquitter les frais suivants :

Frais de formation : coût unitaire HT..... X	stagiaire (s) = .....	€ H.T.
Soit un total de : .....		€ H.T.
TVA (ou net de taxes en cas d'exonération de TVA - formulaire 3511).....		€
TOTAL GENERAL : .....		€ T.T.C.
Dont éventuels frais de déplacement : .....		€
Dont contribution éventuelle des financeurs publics .....		€

**Article 3 : CLAUSE DE DEDIT :**

Le stagiaire peut rompre le contrat de formation en cas de force majeure dûment reconnue. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont payées à due proportion de leur valeur prévue à la convention de formation. (Article L. 6353-7 du Code du Travail)

**Article 4 :**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par l'entreprise.

Fait en double exemplaire à :

Le :

**Pour l'entreprise**  
(nom, prénom et qualité  
du signataire)  
Signature et cachet de l'entreprise

**Pour l'Organisme de formation**  
Jean-Luc PRAT dit HAURET,  
Responsable  
Signature et cachet de l'organisme





**FEUILLE D'EMARGEMENT**

Intitulé de l'action de formation :

Date(s) de l'action de formation : du (date de début de l'action de formation) au (date de fin de l'action de formation)

Durée de l'action de formation : (durée en heures et en jours de l'action de formation)

Horaires de l'action de formation : (horaires de la ½ journée) (matin) et de (horaires de la ½ journée) (après-midi)

Lieu de l'action de formation : (lieu de réalisation de l'action de formation)

Nom et prénom du stagiaire	Date de l'action de formation	Signature stagiaire matin : nombre d'heures)	Signature stagiaire après-midi : (nombre d'heures)	Nom et prénom du formateur	Signature formateur Matin :	Signature formateur Après-midi :

**Fait à :**

**Signature et cachet de l'organisme de formation**

**Le :**







**QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION STAGIAIRE**

Intitulé de l'action de formation :

Dates de l'action de formation :

Lieu de réalisation de l'action de formation :

Pas Satisfait    Satisfait    Très Satisfait

Atteinte des objectifs

Pertinence programme

Outils pédagogiques

Supports pédagogiques

Locaux

Durée de la formation

Acquisition de nouvelles compétences

Maîtrise du formateur

Appréciation de l'Organisme de Formation

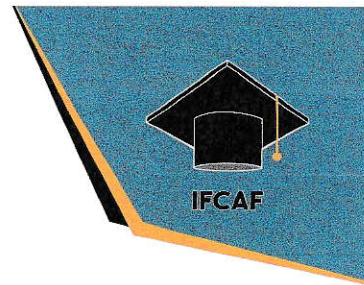
Note globale de la formation

1    2    3    4    5

Date et signature du stagiaire







## ATTESTATION D'ASSIDUITE DE FORMATION

Je soussigné PRAT dit HAURET agissant en qualité de Responsable de IFCAF SARL enregistré sous le numéro de déclaration d'activité N° 11755475975 auprès de la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) de l'ILE-DE-FRANCE, atteste que :

- Madame ou Monsieur (Nom et prénom du stagiaire)
- de (raison sociale de l'entreprise)
- a bien suivi l'action de formation : (intitulé de l'action de formation)
  
- qui s'est déroulée du (date de début de l'action de formation) au (date de fin de l'action de formation)
- pour une durée en présentiel réalisée de (durée en heures de l'action de formation réalisée) sur une durée prévue de (durée en heures de l'action de formation prévue)
- et/ou une durée à distance réalisé de (durée en heures de l'action de formation réalisée à distance) sur une durée initialement estimée de (durée en heures de l'action de formation initialement estimée à distance)

Résultats de l'évaluation des acquis jalonnant ou terminant la formation (examen, test, contrôle continu, etc.) :

.....  
.....

### L'organisme de formation

Fait à : (lieu de délivrance de l'attestation)

Le : (Date de délivrance de l'attestation)

PRAT-dit-HAURET Jean-Luc, Responsable de  
IFCAF SARL

Signature et cachet





PARIS le,

Nom de l'entreprise  
Nom du responsable de l'entreprise  
Adresse de l'entreprise  
Code postal - Ville

**FACTURE (acquittée)..... N° .....**

**Dossier n° .....**

- Intitulé de l'action de formation : .....

- Durée de l'action de formation : (nombre d'heures de l'action de formation et nombre de jours de l'action de formation).....

- Dates de l'action de formation : (date (s) de l'action de formation) .....

- Effectif de l'action de formation, le (s) stagiaire (s) : .....

- Coût pédagogique de l'action de formation : .....	€ HT
- TVA (20%) .....	€
<hr/>	
- Coût pédagogique total de l'action de formation : .....	€ TTC

IFCAF SARL

(cachet et signature)

