

BULLETIN DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ D'UN PRESTATAIRE DE FORMATION
(art. L. 6351-1, R. 6351-1 à R. 6351-5 du code du travail)

NUMERO DE DÉCLARATION (Cadre réservé à l'Administration)

Date de délivrance : | | | | | | | | | |

Numéro attribué : | | | | | | | | | | | | | | | |

Vous déclarez un organisme établi en France
(cochez la case)

Renseigner tous les cadres sauf le cadre B

Vous déclarez un organisme sans établissement en France
(cochez la case)

Renseigner dans le cadre A les coordonnées du
représentant en France et dans le cadre B les coordonnées
de l'organisme déclarant

A. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE NAF : | | | | | |

Dénomination, sigle :
.....
.....

Adresse :
.....
.....

Code postal : | | | | | | Commune :

Acceptez-vous que cette adresse soit publiée sur le site *listeof.travail.gouv.fr* : oui non

Tél. | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | | Email :

Si l'adresse postale est différente :

Dénomination, sigle :
.....
.....

Adresse :
.....
.....

Code postal : | | | | | | Commune :

B. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ÉTRANGER

Dénomination, sigle :
.....
.....

Adresse :
.....
.....

Acceptez-vous que cette adresse soit publiée sur le site *listeof.travail.gouv.fr* : oui non

C. ACTIVITE DU DÉCLARANT

Date de signature de la convention ou du contrat joint à l'appui de la demande de déclaration | | | | | | | | | |

Date de début de l'exercice comptable | | | | | | | | | |

Date de fin de l'exercice comptable | | | | | | | | | |

Si vous avez déjà eu une activité de formation professionnelle, ancien numéro de déclaration | | | | | | | | | | | | | | | |

Activité principale (en clair) :
.....

ID. STATUT DE L'ORGANISME (Cocher la case)

| | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--|--------------------------|-------|
| Travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> | 1.010 | Organismes du ministère en charge de l'éducation nationale | <input type="checkbox"/> | 2.150 |
| Entreprise unipersonnel à responsabilité limitée (EURL) | <input type="checkbox"/> | 1.015 | Greta | <input type="checkbox"/> | 2.151 |
| Société à responsabilité limitée (SARL) | <input type="checkbox"/> | 1.020 | Hors Greta | <input type="checkbox"/> | 2.152 |
| Société anonyme (SA) | <input type="checkbox"/> | 1.030 | Supérieur | <input type="checkbox"/> | 2.153 |
| Société en nom collectif (SNC) | <input type="checkbox"/> | 1.040 | CNAM | <input type="checkbox"/> | 2.160 |
| Commandite simple | <input type="checkbox"/> | 1.050 | CNEC | <input type="checkbox"/> | 2.170 |
| Commandite par actions | <input type="checkbox"/> | 1.060 | Organismes du ministère en charge de la santé | <input type="checkbox"/> | 2.180 |
| Société civile | <input type="checkbox"/> | 1.070 | Organismes du ministère en charge de l'agriculture | <input type="checkbox"/> | 2.190 |
| Association loi de 1901 ou de 1908 | <input type="checkbox"/> | 1.100 | Organismes consulaires (CCI) | <input type="checkbox"/> | 2.201 |
| Association syndicale (loi de 1884) | <input type="checkbox"/> | 1.110 | Organismes consulaires (chambres de métiers) | <input type="checkbox"/> | 2.202 |
| Société coopérative | <input type="checkbox"/> | 1.121 | Organismes consulaires (chambres d'agriculture) | <input type="checkbox"/> | 2.203 |
| Groupement d'intérêt économique | <input type="checkbox"/> | 1.130 | Autres publics | <input type="checkbox"/> | 2.240 |
| Autres privés | <input type="checkbox"/> | 1.140 | | | |
| Précisez : | | | Précisez : | | |
| | | | | | |

E. NOMBRE DE PERSONNES DISPENSANT DES HEURES DE FORMATION A LA DATE DE LA DÉCLARATION

| | |
|---|---------|
| <u>Personnes de votre organisme : nombre de formateurs</u> | |
| Travailleur indépendant / gérants non salariés | □ □ □ □ |
| Salariés sous contrat de travail à durée indéterminée..... | □ □ □ □ |
| Salariés sous contrat de travail à durée déterminée | □ □ □ □ |
| Formateurs occasionnels salariés dont l'activité de formation est inférieure à 30 jours par an | □ □ □ □ |
| Bénévoles..... | □ □ □ □ |
| <u>Nombre total de personnes de votre organisme dispensant des heures de formation</u> | □ □ □ □ |
| <u>Nombre de personnes extérieures à votre organisme dispensant des heures de formation dans le cadre de contrats de sous-traitance</u> | |
| | □ □ □ □ |
| <u>Nombre total de personnes dispensant des heures de formation</u> | □ □ □ □ |

F. SPÉCIALITÉS DE FORMATION DISPENSÉES AU TITRE DE LA PREMIÈRE CONVENTION OU DU PREMIER CONTRAT

(voir liste des codes par spécialités indiquée dans la notice)

| | Code |
|---|---------|
| | □ □ □ □ |
| | □ □ □ □ |
| | □ □ □ □ |
| | □ □ □ □ |
| Précisions éventuelles pour les domaines de formation : | |
| | |
| | |

G. PERSONNES AYANT UNE FONCTION DE DIRECTION OU D'ADMINISTRATION DU PRESTATAIRE DE FORMATION

| |
|--------------------------------|
| Nom, prénom et qualité : |
| |
| Nom, prénom et qualité : |
| |
| Nom, prénom et qualité : |
| |

Nom du signataire :

Qualité :

À, le

Signature :

Cachet du déclarant

| |
|---------------------|
| Cachet du déclarant |
|---------------------|