

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
