



Pour la formation des salariés des professions libérales

**Zone réservée OPCA PL**

N° chrono.....

# Demande préalable de **Prise en charge**

**A compléter et à retourner à l'OPCA PL,  
accompagnée des documents suivants :**

- la convention et le programme détaillé de la formation
- la copie du dernier bulletin de salaire de chaque stagiaire.

**OPCA PL**

52-56 rue Kléber  
92309 Levallois-Perret Cedex

**N° de dossier**



www.

opcapl.com

Pour connaître les modalités de prise en charge, reportez-vous au document annuel d'information qui vous est adressé en début d'année ou consultez notre site internet : [www.opcapl.com](http://www.opcapl.com)

## Renseignements concernant l'entreprise

Nom, Raison sociale : .....  
Adresse : .....  
Tél./Fax : .....  
Profession : .....  
Siret : ..... Effectif :

## Renseignements concernant le stage

Nom de l'organisme de formation : .....

N° de déclaration d'existence de l'organisme de formation  
(sauf pour les GRETA, les CCI et les facultés)

Intitulé du stage : .....

Durée du stage :

- en nombre d'heures   
- en nombre de jours

Date de la 1<sup>re</sup> journée de stage

Date de la dernière journée de stage

Coût total facturé par l'organisme de formation  € HT

Le stage se déroule-t-il dans votre entreprise

ou dans les locaux prévus par l'organisme de formation ?  Dans ce cas, veuillez préciser :

la ville ....., le code postal

et le nombre de km A/R entre le lieu de travail et l'organisme de formation

### Zone réservée OPCA PL

Code OF

Code objet

# Renseignements concernant les stagiaires

## Stagiaire n°1

Nom, prénom : .....

N° de SS

Initiative du stage : - employeur   
- conjointe salarié / employeur

Utilisation du droit individuel à la formation (DIF) : oui  non

Nombre d'heures de formation hors temps de travail :

Signature du salarié

## Stagiaire n°2

Nom, prénom : .....

N° de SS

Initiative du stage : - employeur   
- conjointe salarié / employeur

Utilisation du droit individuel à la formation (DIF) : oui  non

Nombre d'heures de formation hors temps de travail :

Signature du salarié

## Stagiaire n°3

Nom, prénom : .....

N° de SS

Initiative du stage : - employeur   
- conjointe salarié / employeur

Utilisation du droit individuel à la formation (DIF) : oui  non

Nombre d'heures de formation hors temps de travail :

Signature du salarié

## Stagiaire n°4

Nom, prénom : .....

N° de SS

Initiative du stage : - employeur   
- conjointe salarié / employeur

Utilisation du droit individuel à la formation (DIF) : oui  non

Nombre d'heures de formation hors temps de travail :

Signature du salarié

Je soussigné(e) : .....  
agissant en qualité de représentant de l'entreprise, certifie sur  
l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Fait à : .....

Le  /  /  Signature

Cachet de l'entreprise



## Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales

---

52-56, rue Kléber - 92309 Levallois-Perret cedex

Tél. 01 46 39 38 37 - Fax 01 46 39 38 38

e-mail : [opcapl@opcapl.com](mailto:opcapl@opcapl.com) - site : [www.opcapl.com](http://www.opcapl.com)

Agréé OPCA par arrêté ministériel du 22 mars 1995 - siret 344 945 431 00056 - NAF 911 A