



# FORMULAIRE D'INFORMATIONS FORMATIONS QUALITÉ ASSURANCE™

**Vous avez choisi d'intégrer un de nos programmes de Formation Qualité Assurance™.**

**Afin de vous faire une proposition adaptée et par la suite vous aider à monter vos dossiers de prise en charge avec vos organismes financeurs (AGEFOS et/ou OPCABAIA et FIFPL), nous avons, dans un premier temps, besoin des informations suivantes :**

## INFORMATIONS INTERMÉDIAIRE(S) EN ASSURANCE

### INTERMÉDIAIRE 1

Nom :		Adresse principale :	
Prénom :		Code postal :	
Date de naissance :		Ville :	
N° ORIAS :		Tél. :	
SIRET personnel :		Mail :	
Code NAF :		Fax :	
Espace adhérent FIFPL Code d'accès :		Espace adhérent FIFPL Mot de passe :	

### INTERMÉDIAIRE 2

Nom :		Adresse principale :	
Prénom :		Code postal :	
Date de naissance :		Ville :	
N° ORIAS :		Tél. :	
SIRET personnel :		Mail :	
Code NAF :		Fax :	
Espace adhérent FIFPL Code d'accès :		Espace adhérent FIFPL Mot de passe :	

### INTERMÉDIAIRE 3

Nom :		Adresse principale :	
Prénom :		Code postal :	
Date de naissance :		Ville :	
N° ORIAS :		Tél. :	
SIRET personnel :		Mail :	
Code NAF :		Fax :	
Espace adhérent FIFPL Code d'accès :		Espace adhérent FIFPL Mot de passe :	

### CONJOINT COLLAB (sans bulletin de salaire)

Nom Conjoint :		Adresse principale :	
Prénom Conjoint :		Code postal :	
Date de naissance :		Ville :	
N° ORIAS :		Tél. :	
SIRET personnel :		Mail :	
Code NAF :		Fax :	
Espace adhérent FIFPL Code d'accès :		Espace adhérent FIFPL Mot de passe :	

\* **Conjoint collaborateur** : Prise en charge possible par le FIFPL selon vos cotisations URSSAF

**Si vous n'avez pas de code d'accès, merci de nous contacter  
(coordonnées se trouvant au dos de ce formulaire.)**



## INFORMATIONS STRUCTURE(S)

Avez-vous plusieurs points de vente ?

OUI  NON

Si oui :

STRUCTURE 1

STRUCTURE 2

STRUCTURE 3

STRUCTURE 4

Adresse				
Code postal				
Ville				
Tél.				
N° adhérent OPCA				
Mail				
SIRET structure				

## INFORMATIONS COLLABORATEURS

Nombre total de salariés en poste dans votre structure (tous les points de vente confondus) : \_\_\_\_\_

Nombre total de vos salariés inscrits à cette formation : \_\_\_\_\_

**(Les noms inscrits dans ce tableau seront ceux qui participeront à la formation)**

PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE	TYPE DE CONTRAT CDI / CDD / CONTRAT PRO*	HOMME / FEMME	NIVEAU DE FORMATION <sup>(1)</sup>	CSP <sup>(2)</sup>
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
			<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONTRAT PRO <input type="checkbox"/> CONTRAT APPRENTISSAGE	<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		

**<sup>(1)</sup> NIVEAU DE FORMATION:**

**Niveau I & II :** sorties avec un diplôme de 2 ou 3ème cycle universitaire  
**Niveau III :** BTS (BAC+2)  
**Niveau IV :** titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac+2  
**Niveau V :** CAP/BEP  
**Niveau V bis :** Brevet  
**Niveau VI :** sortie collègue sans diplôme

**<sup>(2)</sup> CSP:**

1 : Ouvriers non qualifiés    4 : Techniciens et Agents de Maîtrise  
 2 : Ouvriers qualifiés    5 : Ingénieurs et cadres  
 3 : Employés    6 : Dirigeants salariés

\* **Contrat de professionnalisation :** Prise en charge **possible** par les OPCA (AGEFOS/OPCABAIA)

\* **Contrat d'apprentissage :** **PAS** de prise en charge possible par les OPCA (AGEFOS/OPCABAIA)

Prise en charge possible sous réserve d'acceptation de vos dossiers par les OPCA.

Vous pouvez nous contacter pour toutes questions :

Service technique : **Mr Hussein KHALIL**    06. 10. 30. 10. 12    hussein@qualite-assurance.com  
**Mr Haikel KASTALLI**    06. 12. 14. 76. 68    kastalli@qualite-assurance.com  
**Mme Dorra HAMMAMI**    06. 10. 30. 10. 35    dorra@qualite-assurance.com

Service commercial : 02. 51. 80. 94. 04    contact@qualite-assurance.com  
 06. 24. 30. 61. 06

Service administratif et Financier : 02. 51. 80. 94. 04    back-office@cottille.com

Envoyer par messagerie

